Das Prinzip der Verhältnismäßigkeit von Prämie und Versicherungsleistungen und die Abweichungen hiervon in der Sozialversicherung.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Würde eines Doktors

der Staatswissenschaften der Philosophischen Fakultät

der Friedrich Alexander Universität zu Erlangen

vorgelegt von

Eugen Sterner

Dipl.-Volkswirt, Referendar, aus Berlin-Friedenau.

Kallmünz

Buchdruckerei von Michael Laßleben

1936

1936/169

Dekan: Prof. Dr. Hero Moeller.

Referent: Prof. Dr. Rudolf Stucken

Tag der mündlichen Prüfung: 13. Februar 1932.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meiner lieben Mutter gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41533919_0004

Inhalt.

I. Teil. Das Prinzip der Verhältnismäßigkeit von Prämie und Versicherungsleistungen und seine Verwirklichung in der Privatversicherung. 1

II. Teil. Das Wesen und der Zweck der Sozialversicherung und die Grundprinzipien der Prämien- und Leistungsbemessung in der Sozialversicherung. 23

III. Teil. Die Abweichungen vom Prinzip der Verhältnismäßigkeit von Prämie und Versicherungsleistungen in den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung. 42

1. Kapitel. Die Krankenversicherung. 42

I. Leistung und Gegenleistung bei den verschiedenen Grundlohnklassen. 43

II. Leistung und Gegenleistung bei männlichen und weiblichen Versicherten. 49

III. Leistung und Gegenleistung bei verheirateten und ledigen Versicherten. 55

IV. Die Abweichungen vom Prinzip der Verhältnismäßigkeit von Leistung und Gegenleistung bei verschiedenen Eintrittsaltern und verschiedener beruflicher Tätigkeit. 59

V. Die Abweichungen vom Prinzip der Verhältnismäßigkeit von Leistung und Gegenleistung, hervorgerufen durch Reichszuschuß und Arbeitgeberbeiträge. 62

2. Kapitel. Die Invalidenversicherung mit Einschluß der Angestelltenversicherung und der knappschaftlichen Pensionsversicherung. 63

I. Leistung und Gegenleistung bei den verschiedenen Lohnklassen. 65

II. Leistung und Gegenleistung bei männlichen und weiblichen Versicherten. 79

III. Leistung und Gegenleistung bei verheirateten und ledigen Versicherten. 83

IV. Die Abweichungen vom Prinzip der Verhältnismäßigkeit von Leistung und Gegenleistung bei verschiedenen Eintrittsaltern und verschiedener beruflicher Tätigkeit. 84

V. Die Abweichungen vom Prinzip der Verhältnismäßigkeit von Leistung und Gegenleistung, hervorgerufen durch Reichszuschuß und Arbeitgeberbeiträge. 86

3. Kapitel. Die Arbeitslosenversicherung. 89

I. Leistung und Gegenleistung bei den verschiedenen Lohnklassen. 90

II. Leistung und Gegenleistung bei männlichen und weiblichen Versicherten. 97

III. Leistung und Gegenleistung bei verheirateten und ledigen Versicherten. 102

IV. Die Abweichungen vom Prinzip der Verhältnismäßigkeit von Leistung und Gegenleistung bei verschiedenen Eintrittsaltern und verschiedener beruflicher Tätigkeit. 103

V. Die Abweichungen vom Prinzip der Verhältnismäßigkeit von Leistung und Gegenleistung, hervorgerufen durch Reichszuschuß und Arbeitgeberbeiträge. 105

IV. Teil. Zur Kritik der bisherigen Ordnung. 108

I. Teil.

Das Prinzip der Verhältnismäßigkeit von Prämie und Versicherungsleistungen und seine Verwirklichung in der Privatversicherung.

Leisten und Gegenleisten sind zwei korrespondierende Vorgänge privatwirtschaftlicher Betätigung. Letzterer würde aller Sinn genommen werden, fehlte der Leistung die Gegenleistung. Eine solche Leistung würde ziel- und zwecklos sein. Leistung und Gegenleistung müssen aber auch in einem ganz bestimmten Verhältnis zu einander stehen, in dem der Proportionalität. Mit den Worten Tausch, Kauf, Miete, Pacht, die die hauptsächlichsten Formen der wirtschaftlichen Berührung der Menschen untereinander bezeichnen, wird die Vorstellung einer Verhältnismäßigkeit der Leistungen und das Ziel verbunden, den größtmöglichsten Nutzen zu ziehen. In der Privatwirtschaft steht jeder Leistung eine verhältnismäßige Gegenleistung gegenüber. So auch in der Privatversicherung. Jedes Versicherungsverhältnis kennt zwei Leistungen, die des Versicherers und die Gegenleistung des Versicherten. Die Leistung des Versicherten, gemeinhin Prämie bei den Aktiengesellschaften, Beitrag bei den Gegenseitigkeitsvereinen genannt, muß den Leistungen entsprechen, die der Versicherer bei der Abwicklung des Versicherungsvertrages zu tätigen hat. Mit dieser Erkenntnis trifft man auf das Prinzip der Verhältnismäßigkeit von Prämie und Versicherungsleistungen, das in der Privatversicherung bei der Bestimmung von Leistung und Gegenleistung rechnungsmäßige Beachtung erfordert und das dort zu einem Fundamentalsatz geworden ist.

Diesem Grundsatz gemäß muß letztlich die Summe aller an eine Versicherungsunternehmung zu zahlenden Prämien oder Beiträgen und die Summe aller Versicherungsleistungen dieser Unternehmung in einem den wirtschaftlichen Anforderungen entsprechenden Verhältnis stehen. Es ist das Verhältnis der Gleichheit. Zu den Versicherungsleistungen zählen aber nicht allein die vertragsmäßigen Auszahlungen der Versicherungssummen an die Versicherten im Falle des Eintrittes des Ereignisses, gegen das versichert wurde, sondern es treten die Verwaltungs- und Unkosten hinzu, die der Betrieb eines Versicherungsunternehmens mit sich bringt. Ferner muß die Möglichkeit der Bildung von Reserven und Fonds beachtet werden, die der wirtschaftlichen Stabilität der Unternehmung als solcher, der Sicherung gegenüber plötzlich und in großer Zahl auftretenden Ver-

sicherungsfällen und den Ausgleich des Geschäftsverlaufs innerhalb kürzerer Zeiträume dienen sollen. Die Anforderungen der staatlichen Aufsichtsbehörden über die Privatversicherung, die im Interesse der Solidität der Unternehmungen eine nicht zu niedrig bemessene Prämie verlangen, rufen Aufwendungen des Versicherers bezüglich der Solidität seines Unternehmens hervor. Handelt es sich bei ihm um eine Aktiengesellschaft, also um eine ausgesprochene Erwerbsgesellschaft, so muß die Erzielung eines angemessenen Reingewinnes in Rechnung gestellt werden. Der Summe aller dieser Aufwendungen des Versicherers muß eine gleich große Summe an Prämien oder Beiträgen gegenüberstehen, um die Versicherungsunternehmung auf eine wirtschaftliche Basis zu stellen.

Da es sich bei der Beobachtung der Gleichheit von Leistung und Gegenleistung um Sein oder Nichtsein der privaten Versicherungsunternehmung handelt, werden Abweichungen von diesem Prinzip nicht möglich sein. Das Wirtschaftsleben würde unbarmherzig über solche Unternehmungen hinweg schreiten. So sagt Herrmannsdorfer,[1] daß der Versicherer aus der Gesamtheit der Prämienzahlungen die Gesamtheit der Schadenzahlungen bestreiten können müsse, wenn sein Betrieb ordnungsmäßig geführt ist. Hat hier eine Begrenzung auf die Schadensversicherung stattgefunden, so gilt das gleiche Erfordernis natürlich für jede Versicherungsart. Manes erfaßt den weiten Begriff der Versicherung indem er äußert: „Grundprinzip aller Versicherungstechnik ist die erwartungsgemäße Proportionalität von Leistung und Gegenleistung. Es besteht ein solches Verhältnis zwischen dem Einsatz seitens der Gesamtheit aller Teilnehmer und dem Einsatz der Unternehmung, jeder Einsatz multipliziert mit der Wahrscheinlichkeit, den Einsatz zu verlieren. Dabei sind Leistung und Gegenleistung meist keine festen Werte, sondern Erfahrungswerte, die Produkte einer bestimmten Summe und einer Wahrscheinlichkeit".[2]

Bei der Feuerversicherung z. B. wurde von fachmännischer Seite die Prämienbemessung folgendermaßen umrissen: „Im allgemeinen soll die Prämieneinnahme der Versicherungsanstalt die Ausgaben decken, die die Anstalt in Form von Feuerschäden zu bezahlen hat, und außerdem einen Überschuß abwerfen, der zur Deckung der Verwaltungskosten und zur Bildung eines angemessenen Reservefonds ausreicht.[3] So setzt sich auch die Prämie oder der Beitrag aus verschiedenen Bestandteilen zusammen, um die Gleichheit von Leistung und Gegenleistung zu wahren. Der rein mathematischen oder sogen.

1. F. Herrmannsdorfer, Versicherungswesen, Berlin 1928, S. 11.
2. A. Manes, Versicherungswesen, I. Band, Leipzig, Berlin 1926, S. 119.
3. H. Himmelheber, „Grenzen der Möglichkeit einer exakten Prämienberechnung in der Immobiliar-Feuerversicherung". Zeitschr. f. d. ges. Vers.-Wissenschaft, Bd. VIII (1908) S. 419 ff.

Netto-Prämie, wobei Prämie mit Beitrag identisch ist, fehlt insofern die reale Bedeutung, als sie keine anderen Ausgaben als die garantierten Versicherungsleistungen des Vertrages berücksichtigt. Sie ist aber der Kern der Prämienberechnung, der von den mannigfaltigen Zuschlägen eingehüllt wird. Die hinzutretenden Unkosten lassen sich in drei Klassen teilen. In die einmaligen oder ersten Unkosten, auch Abschluß oder Erwerbskosten genannt; in die jährlichen Inkassokosten während der Dauer der Prämienzahlung; in die dauernden Verwaltungskosten zur Abwicklung der vorhandenen Versicherungen. Kommen noch die verschiedenen Zuschläge für Sicherheit und Ausgleich hinzu, so wird eine für den Versicherer ausreichende Leistung der Versicherten erzielt. So spricht man auch von einer „ausreichenden" oder Bruttoprämie. Zu der Frage der ausreichenden Prämie führt Rohrbeck[4] treffend aus, daß die Gesamtheit der Versicherungsnehmer das ureigenste Verlangen haben müssen, nur zu einem Preise gedeckt zu sein, der über die reine Deckung der Versicherungssumme hinaus zur finanziellen Stärkung und zur Konsolidierung des Unternehmens noch beitragen kann. Denn eine zu niedrige Prämie führe zur unsicheren Spekulation. „Wo die Prämie unverhältnismäßig zur Leistung bestimmt wurde, wo kaufmännische Grundsätze mißachtet wurden, dort kam es zum Zusammenbruch", heißt es in einer Abhandlung über die Prämienbestimmung in der deutschen Hagelversicherung.[5]

Als weiteres Mittel zur Einhaltung des Prinzips der Verhältnismäßigkeit von Leistung und Gegenleistung spielt das Finanzsystem eines Versicherungsunternehmens eine gewichtige Rolle. Der Versicherer muß die Summe seiner Leistungen feststellen und auf die Versicherten verteilen. Er kann diese Feststellung und Verteilung am Anfang einer Abrechnungsperiode, aber auch an ihrem Ende tätigen. Letzterer Weg wird der einfachere sein. Das gewöhnliche Umlageverfahren stellt am Ende der Abrechnungsperiode fest, was

4. Vgl. W. Rohrbeck, Die Organisation der Hagelversicherung. Berlin 1909. Die Bezeichnung „ausreichende" Prämie ist von G. Höckner (vgl. Bedeutung des Deckungskapitals im Lebensversicherungs-Betrieb, Zeitschr. f. d. ges. Vers.-Wissenschaft Bd. 5 (1905) S. 511) geprägt worden. Die Rechnungsgrundlagen der ausreichenden Prämie (Rechnungsgrundlagen 1. Ordnung) werden mit Absicht vorsichtig gewählt. So enthält die aus ihnen hergeleitete ausreichende Prämie noch einen versteckten Sicherheits-Zuschlag und überdeckt die garantierten Versicherungsleistungen statt sie zu decken. Sie sind vom ökonomischen Standpunkt zum Vorteil der Unternehmung mehr als ausreichende Prämien. Es wird gewöhnlich noch ein besonderer Sicherheits-Zuschlag beigefügt, der die Ansammlung von Sicherheitsfonds ermöglichen und einen Schutz gegen etwaige und für den Versicherer nachteilige Abweichungen von den Rechnungsgrundlagen gewähren soll.

5. W. Rohrbeck, Prämienbestimmung usw. in der deutschen Hagelversicherung. Zeitschr. f. d. ges. Vers.-Wissenschaft, Bd. VII (1907) S. 657 ff.

in dieser Zeit ausgegeben worden ist und verteilt diese Ausgabesumme auf die Köpfe der Versicherten nach dem Grade ihres Risikos.[6] Bei diesem Verfahren werden in der Regel alle Ansprüche des Versicherers an die Versicherten ausgeglichen sein, da der Versicherer alle seine Aufwendungen für die zurückliegende Zeit genau übersehen können wird. Besteht dagegen der Geschäftsbetrieb einer Versicherungsunternehmung schon lange Zeit, so wird meist schon am Beginn der Abrechnungsperiode eine Schätzung aus der Erfahrung heraus möglich sein, wieviel die Aufwendungen des Versicherers in der kommenden Abrechnungsperiode betragen werden. In diesem Falle kann das Umlageverfahren schon am Anfang der Abrechnungsperiode in Tätigkeit treten und man kann im voraus schon die Prämie oder den Beitrag den Versicherten abverlangen. Zur Einhaltung der Gleichheit der Leistungen wird dann aber eine Nachschußpflicht erforderlich sein. Diese besteht darin, daß, falls die tatsächlichen Aufwendungen des Versicherers die erwarteten überschritten haben, am Ende der Abrechnungsperiode eine zweite Berechnung stattfindet, die die Nachschußleistungen der Versicherungsnehmer festzustellen hat. Dieser ist verpflichtet, die Nachschußleistung abzugelten. Ein solches Verfahren wird in der Hauptsache bei den Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit geübt, sofern auch sie nicht schon zum Verfahren einer festen Vorprämie übergegangen sind.

Die Aktiengesellschaften im Versicherungsgewerbe bauen durchweg ihre Prämien auf dem Verfahren der festen, reichlich bemessenen Vorprämie auf. Hierbei erschöpft sich die Beitragspflicht des Versicherungsnehmers für jede Abrechnungsperiode in der Leistung der von ihm eingeforderten Vorprämie, die im voraus für alle Abrechnungsperioden während der Dauer des Versicherungsverhältnisses und sofern sich nichts an dem Risiko verändert, bestimmt wird. Eine eventuelle Differenz zwischen erwartungsmäßiger und tatsächlicher Gesamtlast kann also durch das Mittel der Nachschüsse auf die Ver-

6. Die Bezeichnung „Risiko" wird nach Manes (Allgemeine Versicherungslehre, Berlin, Leipzig 1924) in einem mehrfachen, einem abstrakten und einem konkreten Sinn gebraucht. Die abstrakte Bedeutung ist das Maß der Gefahr oder der Ausdruck des Durchschnittsbetrages eines möglichen Schadens in einer bestimmten Zeiteinheit. Die Praxis hat diesen ursprünglich abstrakten Begriff zu einem konkreten gestaltet und versteht unter Risiko ein Objekt, das durch das Ereignis, an dessen Eintritt bei der Versicherung gedacht wird, zerstört oder beschädigt oder sonst irgendwie ungünstig beeinflußt werden kann. Diese Bestimmungen sind vom Standpunkt des Versicherers aus gesehen. Für den einzelnen Versicherten hat der Begriff des Risikos eine wesentlich andere Bedeutung. Somit kann dem konkreten Begriff des Risikos im objektiven Sinn ein subjektives Risiko gegenüber gestellt werden. Darunter wird ein Objekt verstanden, das durch ein Ereignis zum Nachteil einer bestimmten Person oder eines bestimmten Interessenten beeinträchtigt werden kann.

sicherten nicht abgewälzt werden. Daraus ist die Notwendigkeit einer sehr reichlichen Bemessung der Prämien ersichtlich, um auch dann die Gleichheit von Leistung und Gegenleistung gewahrt zu sehen, wenn die Aufwendungen des Versicherers höher waren als es erwartet wurde. Diese Reichlichkeit der Prämie wird aber Überschüsse in denjenigen Abrechnungsperioden zur Folge haben, in denen die Aufwendungen der Versicherungsunternehmung von erwartungsmäßiger Größe sind oder darunter zu liegen kommen. Eine Störung des Gleichgewichts der beiderseitigen Leistungen würde bestehen, was nicht im Sinne des Aequivalenzprinzips liegen würde. Wie sich beim Umlageverfahren mit Vorprämie die Tendenz zum Ausgleich bei etwaigen Störungen der Leistungsgleichheit in der Nachschußpflicht des Versicherten ausdrückt, wird auch bei der reichlich bemessenen Vorprämie eine Einrichtung vorhanden sein, die die gleiche Funktion wie die Nachschußpflicht auszuüben hat. Diese Aufgabe erfüllt das Dividendensystem. Es werden das System der unmittelbaren Dividende und das System der Dividendenreserve unterschieden.[7] Bei dem System der unmittelbaren Dividende werden die Überschüsse am Ende jeder Abrechnungsperiode voll verteilt, sodaß die Dividende, die von der Höhe der schwankenden Überschüsse abhängt, in den verschiedenen Jahren ungleich sein wird. Bei dem System der Dividendenreserve werden Reserven aus den Überschüssen gebildet, aus denen jährlich gleichbleibende Dividenden an die Versicherten verteilt werden. Für eine Abrechnungsperiode wird aber nicht der volle Überschuß verteilt, sondern nur ein Durchschnittswert. Ist der Vorteil des ersten Systems die jederzeit volle Beteiligung des Versicherten am Überschuß der Versicherungsunternehmung, so ist sein Nachteil die Ungleichmäßigkeit der Dividende in ihrer Höhe. Bei dem Verfahren der Dividendenreserve ist der Vorteil die voraussehbare Gleichmäßigkeit des auszuschüttenden Dividendenbetrages, der Nachteil aber, daß die angesammelten Fonds von der Versicherungsunternehmung zu anderen Zwecken als zur Ausschüttung an die Versicherten benutzt werden können, z. B. zum Ausgleich von Verlusten, wodurch die Dividendenreserve zu gewöhnlichen Reserven und Rückstellungen werden würde. Ein weiterer Nachteil ist, daß der vorzeitig ausscheidende Versicherte in den Jahren seiner Zugehörigkeit zu dem Versicherungsunternehmen zu wenig an Dividende bezogen hat. Die Gewinnbeteiligung, selbst ein Mittel zur Wahrung der Verhältnismäßigkeit von Leistung und Gegenleistung, muß darauf eingestellt sein, daß jeder Versicherte bei der Überschußverteilung in dem Maße bedacht wird, wie er mit seinem Versicherungsverhältnis an der Bildung der Überschüsse beteiligt gewesen war.

7. Vgl. G. Wörner, Allgemeine Versicherungslehre, Leipzig 1910, S. 125.

Von der hier besprochenen Gewinnverteilung wird nur der Überschuß betroffen, der aus dem normalen Geschäftsverlauf resultiert, die sogen. echte Gewinnzahlung. Sie ist scharf zu unterscheiden von der Zahlung eines käuflich erzielten Überschusses. „Irrtümliche Vorstellungen des versicherungsnehmenden Publikums und eine verfehlte Akquisitionstechnik mancher Versicherer haben", so sagt Wörner, „in neuerer Zeit der Gesamtlast als weiteren Bestandteil eine Dividendenlast hinzugefügt", unter der Wörner die Gesamtheit der als fingierte Gewinnzahlungen an die Versicherten geleisteten Zahlungen begreift. „Die Dividendenlast dient einem planmäßig erzielten Überschuß, einen künstlich geschaffenen, ein Verfahren, das dem Versicherungsnehmer auf der einen Seite nimmt, was es auf der anderen Seite gibt und ihn in die irrtümliche Vorstellung versetzt, aus seiner Versicherung einen Gewinn zu erzielen".[8]

Die Quellen des echten Überschusses, der in der echten Gewinnverteilung an die Versicherten ausgeschüttet wird, sind Risikogewinn (in der Lebensversicherung als Sterblichkeitsgewinn bezeichnet), Zinsgewinn, nicht verbrauchte Verwaltungskostenzuschläge und in bescheidenem Maße der Stornogewinn.

Im Laufe der Zeit ist der größte Teil der deutschen Versicherungsunternehmungen zur Gewinnbeteiligung der Versicherten übergegangen,[9] um die durch die reichliche Bemessung ihrer Prämien gestörte Gleichheit von Leistung und Gegenleistung wieder herzustellen. So äußert sich u. a. die Leipziger Lebensversicherungs-A.G. über die Überschußbildung und Überschußverteilung,[10] daß in ihrer überaus vorsichtigen Prämienbemessung, die ein wohlgeordneter Lebensversicherungsbetrieb anwenden müsse, die Quelle für die Überschüsse liege. „Infolgedessen hat der Versicherte auch einen Anspruch darauf, daß ihm der gebührende Anteil seiner Versicherung an diesen Überschüssen ordnungsgemäß wieder gutgebracht wird. Natürlich und gerecht muß es daher auch sein, wenn die Überschüsse genau so, wie sie entstehen, entsprechend den Ergebnissen der einzelnen Gewinnquellen unmittelbar wieder als Dividende verteilt werden".

8. G. Wörner, a. a. O. S. 87.
9. Vgl. Die Gewinnbeteiligung der Versicherten bei den im Deutschen Reich arbeitenden Lebensversicherungsgesellschaften. Veröffentlichungen des Deutschen Vereins für Vers.-Wissenschaft, Heft X, Berlin 1906.
K. Domizlaff, Die Gewinnbeteiligung der Mitglieder größerer deutscher Feuervers.-Vereine auf Gegenseitigkeit. Zeitschr. f. d. ges. Vers.-Wissenschaft, Bd. VIII (1908) S. 30 ff.
10. Überschußbildung und Überschußverteilung in der Lebensversicherung, die verschiedenen Dividendensysteme und ihre Kritik. Leipziger Lebensversicherung A.-G., Leipzig 1926.

Die feste Vorprämie bereitet der Wahrung der Gleichheit von Leistung und Gegenleistung bei Versicherungsarten mit langem Lauf des Versicherungsverhältnisses und später Auszahlung der Versicherungssumme (Lebens- und Renten-Versicherung) insofern besondere Schwierigkeiten, als das Risiko während der Versicherungsdauer Veränderungen unterliegt. Geht z. B. ein jüngerer Versicherungsnehmer eine Lebensversicherung ein, so wird sein Leben in den ersten Jahren des Vertragsverhältnisses weniger dem Tode ausgesetzt sein als in den dann folgenden Jahren höheren Alters. Wenn die gleiche Prämie dem Risiko der jüngeren Jahre proportional ist, so kann diese Eigenschaft von ihr bezüglich des Risikos höheren Alters nicht erwartet werden. Ein Ausweg ist das Verfahren, zu Anfang der Versicherung eine höhere Prämie zu bestimmen, die Überschüsse anzusammeln und sie den Prämien des höheren Lebensalters zuzuschlagen. Dieser Weg wird mit Hilfe des Deckungskapitals gegangen. Dieses dient fernerhin der Sicherheit der Anwartschaft der Versicherten auf die Versicherungsleistungen. Um in der Lebensversicherung auch dann die Versicherungsleistungen zu ermöglichen, wenn der Zugang von neuen Versicherungsverhältnissen enden würde, und nur die Abwicklung des vorhandenen Stammes von Versicherungsverträgen getätigt werden soll, ist das Vorhandensein des Deckungskapitals (auch als Prämienreserve bezeichnet) erforderlich. Das Deckungskapital ist eine auf mathematischer Schätzung beruhende Rücklage, die die Versicherungsunternehmung aus dem Überschuß der Prämie in den ersten Versicherungsjahren (bei einmaliger Prämienzahlung des ersten Versicherungsjahres) und aus den Zinsen dieser Summe zu machen hat. Der Prämienüberschuß entsteht dadurch, daß bei einer gleichbleibenden Prämie in den ersten Versicherungsjahren, in denen das Risiko meist noch nicht hoch ist, die Prämie im Verhältnis zum Risiko zu groß ist; mit zunehmendem Alter des Versicherten wird die gleichbleibende Prämie im Verhältnis zum wachsenden Risiko immer geringer, bis sie sogar negativ wird. Durch die Bildung des Deckungskapitals kann der Versicherer, ohne auf den Abschluß neuer Versicherungsverträge angewiesen zu sein, trotz Mindereinnahme in den folgenden Versicherungsjahren seinen künftigen Verpflichtungen den bereits Versicherten gegenüber nachkommen. Diese Maßnahme sichert die Anwartschaft des Versicherten auf die künftigen Versicherungsleistungen. Das Deckungskapital muß gleich sein dem Kapitalwert der künftigen Ausgaben der Versicherungsunternehmung im Interesse der Versicherungsfälle minus dem Kapitalwert der noch zu erwartenden Prämieneinnahmen.[11]

11. Vgl. A. Loewy, Versicherungsmathematik, Berlin 1924, S. 81.

Da die Aequivalenz der Leistungen im Interesse eines jeden Versicherten liegt — denn nur bei ihrem Vorhandensein ist die Bereitstellung von ausreichenden Mitteln für den Bedarfsfall gewährleistet — so kann sie als im öffentlichen Interesse liegend angesprochen werden. Die Privatversicherungswirtschaft ist an eine der ersten Stellen volkswirtschaftlicher Bedeutung gerückt. Zusammenbrüche von großen Versicherungsunternehmungen müssen Erschütterungen des Wirtschaftslebens von großer Ausdehnung zur Folge haben (man erinnere sich der Vorgänge bei dem Zusammenbruch der „Favag", Frankfurter Allgemeine Versicherungs-A.-G., im Jahre 1929). Aus diesem öffentlichen Interesse heraus sind dem Reichsaufsichtsamt für Privatversicherung weitgehende Befugnisse erteilt worden, Eingriffe in die Verhältnismäßigkeit der Leistungen in ihrer Gesamtheit zugunsten der Aequivalenz bei einem Lebens-Versicherungsunternehmen zur Abwendung des Konkurses vorzunehmen.[12] Die Begründung dieser Gesetzesvorschriften fußt allein auf dem Schutz der Versicherten.

Sind auch bis jetzt die Leistungen des Versicherers als gegebene Größen angesehen worden, so wird die Fähigkeit des Versicherers, mit welcher Genauigkeit er seine Aufwendungen im voraus und auf weite Sicht feststellen kann, für die Einhaltung der Aequivalenz der beiderseitigen Leistungen von größter Bedeutung sein. Aller Wille zur Aequivalenz wird zur Erfolglosigkeit verurteilt sein, sofern die rechnungsmäßigen Unterlagen der Wirklichkeit nicht entsprechend oder ungenau sind. Denn Leistung und Gegenleistung sind keine festen Werte, sondern Erfahrungswerte.[13] Das wichtigste Mittel, die Verbindlichkeiten, die einer Versicherungsunternehmung innerhalb einer Abrechnungsperiode, meist eines Jahres, entstehen können, im voraus zu ermitteln, ist die Wahrscheinlichkeitsrechnung. Unter der mathematischen Wahrscheinlichkeit eines Falles ist das Verhältnis der Zahl der Fälle einer bestimmten Art zu der Zahl aller nur möglichen Fälle gleicher Art zu verstehen. So ist z. B. die Wahrscheinlichkeit, mit einem Würfel die Zahl Eins zu werfen, ein Sechstel. Beim Würfelspiel kann die Zahl der günstigen Fälle wirklich gezählt werden. Das ist aber im Versicherungswesen meist nicht der Fall. Deshalb muß die Statistik zu Hilfe genommen werden, die die Erfahrungswerte für die untersuchten Vorgänge aufstellt. In der Statistik ist das Gesetz der großen Zahl die wichtigste Grundlage. Die Tatsache, um welche es sich handelt, besteht darin, daß bei den großen Zahlen, die das zusammengefaßte Ergebnis statisti-

12. § 67 V.A.G. Nur bei der Lebensversicherung, nicht aber bei anderen Versicherungszweigen.
13. Vgl. Anmerkung 2.

scher Massenbeobachtungen darstellen, Regelmäßigkeiten auftreten, und zwar Regelmäßigkeiten im Aufbau des Gefüges der Bestandsmassen und Regelmäßigkeit des Eintritts gewisser Ereignisse bei Bewegungsmassen, welche bei willkürlich heraus gegriffenen kleinen Bruchstücken der Beobachtungen, aus denen die Massenbeobachtung sich zusammensetzt, nicht erkennbar sind.[14]

Besonders stark tritt die statistische Grundlage in der Personenversicherung hervor. In der Lebensversicherung sind das Produkt der Statistik die Sterblichkeitstafeln. Bei diesen erleidet die Anwendung des Gesetzes der großen Zahl insofern eine Einschränkung, als es sich nur auf Verhältnisse gleicher Art erstrecken soll, um eine notwendige Individualisierung herbeizuführen. So hätte z. B. eine auf der Beobachtung aller in der Welt lebenden Menschen beruhende Sterblichkeitstafel für die Lebensversicherung einer deutschen Versicherungsunternehmung, die nur Deutsche versichert, keinen Wert, denn es würden die großen Rassen- und Nationalitätenunterschiede vollkommen verwischt werden.

Im Laufe der Zeit wurden die anfänglich noch mehr oder weniger groben Sterblichkeitstafeln weiter verfeinert. Man ist heute bis zur Selektion gekommen. Die Erfahrungen der Lebensversicherungsunternehmungen hatten gezeigt, daß in den ersten Jahren nach Vertragsabschluß die Sterblichkeit der Versicherten geringer ist, als es die einfachen Sterblichkeitstafeln auswiesen. Diese Tatsache hat dann in dem Streben nach größtmöglichster Genauigkeit zur Herstellung der sogen. Selektionssterbetafeln geführt, in denen Lebensalter und Versicherungsdauer berücksichtigt werden.[15] Ferner haben Untersuchungen von nach Berufen zusammen gefaßten Personengruppen stattgefunden, um die Individualisierung der Gefahrenwahrscheinlichkeit möglichst weit zu treiben. Von den deutschen Lebensversicherungsgesellschaften hat die Gothaer mit ihren großzügigen statistischen Untersuchungen über einzelne Risikengruppen vorbildlich gewirkt.

Es fehlen auch nicht Sterblichkeitstafeln unter Berücksichtigung des Geschlechtes. So findet sich eine Fülle von Sterblichkeitstafeln in der Lebensversicherungswirtschaft. Jedes Land hat seine eigenen Tafeln, die auf die Besonderheiten seiner Bevölkerung abgestimmt sind; ja fast jede einzelne Versicherungsunternehmung baut ihre

14. G. von Mayer, Statistik und Gesellschaftslehre, Tübingen 1914, I. Band 2. Auflage S. 197.

15. Vgl. G. Engelbrecht, Der Einfluß der Versicherungsdauer auf die Sterblichkeit in der Lebensversicherung. Zeitschr. f. d. ges. Vers.-Wissenschaft Bd. VI (1906) S. 108.
Ferner A. Loewy, a. a. O.

Prämienberechnung auf eigenen statistischen Unterlagen auf.[16] Invaliditätstafeln und Ausscheideordnungen, Heiratstafeln, Morbilitätstafeln und vieles mehr vervollständigen die statistischen Unterlagen der Personenversicherung, die in dieser Hinsicht die Sachversicherung bei weitem überragt.

Unter Benutzung der statistischen Unterlagen wird die Schadenswahrscheinlichkeit festgestellt. Wenn sich z. B. auf versichertes, in massiven Wohnhäusern untergebrachtes Mobiliar im Gesamtwerte von Hunderttausend Mark durchschnittlich ein Schaden von Hundert Mark ergibt, so beträgt die Schadenswahrscheinlichkeit $\frac{100}{100\,000}$ und die Nettoprämie, die jeder Versicherungsnehmer bezahlen muß, eins vom Tausend.[17] Wenn die Sterbenswahrscheinlichkeit von 100 000 gesunden Menschen des Alters von 20 Jahren gleich 0,00919[18] ist, und ein Versicherungsunternehmen etwa 5000 Personen dieses Alters versprechen würde, an die Hinterbliebenen jedes im nächsten Jahre Sterbenden Tausend Mark zu zahlen, so weiß es, wieviel es ungefähr zu leisten haben wird, nämlich $5000 \times 0{,}00919 \times 1000 = 45\,950$ Mark. Von jedem Versicherten müssen demgemäß als Nettoprämie $45950 : 5000 = 9{,}19$ Mark verlangt werden. Nur bei Versicherungen mit langfristigen Verträgen und mit einem zeitlich veränderlichen Risiko, wie es bei der Personenversicherung infolge der mit zunehmendem Alter wachsenden Sterbensgefahr vorliegt, ist eine mathematische Verwertung der Rechnungsgrundlagen erforderlich und ist von einer Versicherungsmathematik zu sprechen; ihre typische Vertreterin ist die Lebensversicherungsmathematik. Hingegen bei der Sachversicherung, die es gewöhnlich mit einem dauernd gleichbleibenden Risiko zu tun hat, ist die Prämienbestimmung sehr einfach; sobald man über das entsprechende statistische Material verfügt, braucht man keine mathematischen Formeln. Nach dem Gesetz der großen Zahlen ist anzunehmen, daß eine große Feuer-Versicherungs-Unternehmung bei gleichem Umfang des Geschäftes in den verschiedenen Jahren annähernd dieselbe Summe für Brandschäden zu zahlen haben wird. Auf mathematischer Grundlage beruht aber die Bestimmung der Prämie und der Rücklage der Hauslebensversicherung. Bei ihr war nach dem Muster der gemischten Todesfallsversicherung das Leben eines Hauses gegen seinen Tod versichert. Desgl. bei der Schiffslebensversicherung. (Vergl. hierzu B. Blau, Die juristischen Probleme der Sachlebensversicherung, Zeitschrift f. d. ges. Vers.-Wissenschaft, Bd. 23 (1923) S. 54; daß auch

16. Vgl. Die gebräuchlichsten Sterblichkeitstafeln der im Deutschen Reich arbeitenden Lebensversicherungsunternehmungen. Veröffentlichungen des deutschen Vereins f. Vers.-Wissenschaft. Heft XI Berlin 1906.
17. Vgl. P. Moldenhauer, Das Versicherungswesen, I. Allgemeine Versicherungslehre. Sammlung Göschen. Berlin, Leipzig 1917, S. 42.
18. Vgl. Sterblichkeitstafel 23 D.G.M. u. W.I.

die Feuerversicherung und andere Versicherungszweige für gewisse Fragen aus der mathematischen Behandlung Nutzen ziehen können, vgl. C. Burrau, Beiträge zur Theorie und Praxis der Versicherung, außer der Lebensversicherung, Zeitschr. f. d. ges. Vers.-Wissenschaft Bd. 22 (1922) S. 97.)

In dem letzten Beispiel wurde eine Gefahrenklasse von fünftausend zwanzigjährigen Versicherten mit der Versicherungssumme von je Tausend Mark angenommen. Damit wurde ein Erfordernis anerkannt, das für die Einhaltung der Gleichheit von Leistung und Gegenleistung notwendig ist. Die Proportionalität des Risikos ist eine Voraussetzung jeder Versicherung. Bei der Berechnung der Schadenswahrscheinlichkeit ist es für eine Versicherungsunternehmung nicht angängig, verschiedenartige Risiken in gleicher Weise zu behandeln, sofern nicht etwa das eigentliche Prinzip der Versicherung, nämlich das der erwartungsmäßigen Proportionalität, durchbrochen werden soll und sozialpolitische Absichten an die Stelle dieser Proportionalität treten sollen. Es ist daher nicht angängig, Kinder und Greise, Frauen und Männer als gleichwertige Risiken zu behandeln. Denn erfahrungsgemäß ist die Lebensdauer eines Kindes eine ganz andere wie die eines Greises, ebenso wie die Lebensdauer der Geschlechter verschieden ist.

Steht dem Versicherer also eine Berechnungstechnik von großer Vollkommenheit zur Feststellung der Summe seiner Leistungen an die Versicherten zur Verfügung, so ist an Hand der Schadenswahrscheinlichkeit auch eine Bestimmung der Leistungen für den einzelnen Versicherten möglich. Kennt der Versicherer seine Aufwendungen in ihrer Gesamtheit, so sieht er sich vor die Aufgabe ihrer Verteilung auf die Versicherten gestellt. Die Leistungen an die einzelnen Versicherten werden von verschiedenen Werten sein, je nach der Größe des Risikos. Die natürlichste und gerechteste Verteilung der Prämie wird sich nach der Größe des Risikos richten, und gleiche Risiken werden zu gleichen Leistungen heranzuziehen sein. Für höhere Versicherungsleistungen wird mehr an Prämien und Beiträgen zu zahlen sein als für geringere Versicherungsleistungen. Die Höhe der Versicherungsleistungen ist aber von der Größe des Risikos abhängig. Diese Art der Prämien- oder Beitragsverteilung verwirklicht das Prinzip der Verhältnismäßigkeit von Prämie und Versicherungsleistungen in einer zweiten Bedeutung. Unter seinem primären, als Dach der Versicherung anzusprechenden Sinne wird dieses Prinzip bei der Lastenverteilung auf die Versicherten in sekundärer Bedeutung zu herrschen haben. Grundsätzlich findet in jedem Einzelversicherungsverhältnis ein Abwägen der Leistungen beider Vertragsteile statt. Jetzt verlangt das wirtschaftliche Denken des Versicherungsnehmers eine Proportionalität von Leistung und Gegenleistung. Der

Versicherte will sich auch in der gleichen Weise behandelt sehen wie jedes andere Mitglied der Versicherungsgemeinschaft, das unter den gleichen Verhältnissen wie er selbst eine Versicherung eingeht. Eine genaueste Erfassung des Charakters eines Versicherungsverhältnisses ist daher erforderlich, denn jedem wird eine ganz bestimmte Gefährlichkeit eigen sein. Höhere Versicherungssumme und höhere Wahrscheinlichkeit des Eintrittes des Versicherungsfalles verpflichten den Versicherer zu höheren Leistungen als bei Versicherungsverhältnissen entgegengesetzter Art. Bei der Verteilung der Prämien oder Beiträge auf den einzelnen Versicherten hat der Versicherer die Möglichkeiten seiner verschiedenen Inanspruchnahme durch die Versicherten als Maßstab zu benutzen. In seiner Reinheit wird dieser Grundsatz nicht immer zu verwirklichen sein, da gewisse Erwägungen Abweichungen davon für notwendig erachten können. Die Grundsätzlichkeit dieses Prinzips kann jedoch nicht bestritten werden. Der Versicherer kann noch einen weiteren Weg bei der Lastenverteilung beschreiten. Er kann die für alle seine Versicherungsleistungen erforderlichen Gegenleistungen der Versicherten gleichmäßig auf deren Köpfe verteilen, durch welches Verfahren die sogenannte Durchschnittsprämie oder ein Durchschnittsbetrag erzielt wird. Wörner[19] bezeichnet diese Art der Lastenverteilung als das Unterstützungsprinzip im Gegensatz zu dem Prinzip der Prämiendifferenzierung, das die Verhältnismäßigkeit von Prämie und Versicherungsleistungen wahrt. Er sieht in dem Unterstützungsprinzip den Grundsatz von der absoluten Gleichwertigkeit aller während der Abrechnungsperiode dem Versicherungsbestand zugehörigen Versicherungsverhältnissen bezüglich Schadensumfang, Schadenswahrscheinlichkeit, Versicherungszeit und Selbstbeteiligung. Das Prinzip könne den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen, wenn der Versicherungsbestand sich aus wirklich gleichwertigen Risiken zusammensetzt. Da nun aber in der Regel eine solche Übereinstimmung nicht anzutreffen ist, bewirke die fingierte Gleichwertigkeit, daß die tatsächlich günstigeren Risiken die tatsächlich schlechteren bei der Heranziehung zur Gesamtlast (Gesamtheit der Leistungen des Versicherers) entlasten und damit unterstützen.

Zuletzt kann für die Versicherten, die ein höheres Risiko bieten, wohl etwas mehr an Prämie oder Beitrag berechnet werden als für die Versicherten mit niedrigerem Risiko, jedoch nicht im proportionalen Verhältnis, sodaß die besseren Risiken wiederum zur Unterstützungsleistung herangezogen werden.

Diese letzteren Arten der Lastenverteilung werden in der Privatversicherung immer nur Ausnahmen sein; die Regel aber wird

19. A. a. O. S. 90/91.

die Proportionalität von Prämie und Versicherungsleistungen bilden.

Fast alle versicherungswissenschaftlichen Schriftsteller führen die Verhältnismäßigkeit von Prämie und Versicherungsleistungen als Fundamentalsatz der Versicherung an. Nach Manes [20] sucht das eigentliche, gewöhnliche Prämienverfahren im Gegensatz zu der Nivellierung der Leistungen der Versicherten beim Durchschnittsprämienverfahren Gefahrenklassen zu bilden, „es erhebt die Gerechtigkeit in der Beitragsleistung zum Grundsatz: jeder Versicherte soll so viel für die Gesamtheit aller Versicherten leisten, wie diese für ihn leistet". Wörner [21] hält dem prämientechnischen Grundsatz der „angemessenen Prämiierung" nur das Prinzip der Prämiendifferenzierung als entsprechend. Darunter versteht er den Grundsatz der Abstufung der Prämie nach Maßgabe des dem einzelnen Versicherungsverhältnis (Risiko) eigenen Maßes an Schadensumfang, Schadenswahrscheinlichkeit, Versicherungszeit und Selbstbeteiligung, während Herrmannsdorfer [22] in dem Prämienverfahren gleichfalls eine genaue Einteilung der Risiken hinsichtlich ihrer Schwere gewährleistet sieht. Bei diesem Verfahren herrsche der Grundsatz, daß jeder Versicherte verhältnismäßig gleich mit Prämien belastet sein soll. Wer ein schweres Risiko, d. h. ein solches, bei dem die Gefahr des Eintrittes des Versicherungsfalles sehr groß ist, versichert, müsse einen höheren Beitragssatz zahlen als derjenige, der ein leichtes Risiko versichert.

Eine von dem Proportionalitätsprinzip abweichende Lastenverteilung ist dort vorhanden, wo die Privatversicherung eine Versicherungsart aufgebaut hat, die auf die wirtschaftliche Beengtheit großer Volkskreise Rücksicht nehmen soll. Es macht sich dort eine mehr oder minder starke Nivellierung der Betragsleistung der Versicherten geltend, hervorgerufen durch nur oberflächliche Bewertung des Einzelrisikos. Die sogen. Volksversicherung [23] macht es sich zur Aufgabe, die Kleinlebensversicherung zu betreiben. Ihre Vorläufer sind die Sterbekassen gewesen, die auch jetzt noch in großer Zahl in Deutschland bestehen. So ist das Ziel der Volksversicherung in der Hauptsache darauf gerichtet, die Kosten zu decken, die der Tod eines Familienmitgliedes verursacht. Ihre besonderen, bei den übrigen Versicherungszweigen nicht vorhandenen Merkmale sind: 1. die geringe und in kleine Raten zerlegte Prämie, 2. der Abschluß des Versicherungsvertrages ohne vorherige ärztliche Untersuchung, 3. die

20. A. a. O. S. 119.
21. A. a. O. S. 91.
22. A. a. O. S. 12.
23. Vgl. W. Lexis, Die Volksversicherung. Berichte, Denkschriften und Verhandlungen des 5. Internationalen Kongresses für Vers.-Wissenschaft zu Berlin. I. Band. Berlin 1906.

Beschränkung der Versicherungssumme auf einen kleinen Betrag. Eine Kinderversicherung ist meist der Volksversicherung angeschlossen. Als statistische Grundlage dient die Sterbetafel für eine ganze Bevölkerung ohne Auslese. Die verhältnismäßig grobe statistische Unterlage, das Fehlen der vorherigen ärztlichen Untersuchung, die durch eine Karenzzeit ersetzt werden soll, sowie der für alle Risiken gleiche Beitrag, der sich nur nach der Höhe der Versicherungssumme richtet, lassen die Ungerechtigkeit des Durchschnittsprämienverfahrens in Erscheinung treten. Aus diesem Grunde bleiben weite Kreise der Bevölkerung der Volksversicherung fern, die ausschließlich von großen, finanziell sehr gut fundierten Versicherungsunternehmungen betrieben wird, und hängen weiterhin den unter technisch und zulänglicher Geschäftsführung befindlichen, kleinen Sterbekassen an, deren Versicherungsbestand im allgemeinen mehr aus gleichwertigen Risiken besteht, da die Mitglieder meist gleicher Berufszugehörigkeit sind, wodurch ein niedrigerer Beitrag als bei der Volksversicherung ermöglicht ist.

Gleichfalls ist eine Abweichung vom Grundsatz der Verhältnismäßigkeit von Leistung und Gegenleistung in der versteckten Form der sogen. Provisionsabgabe an den einzelnen Versicherten zu erblicken. Durch ein solches Verfahren wird dem Versicherten, um ihn für die Stellung eines Antrages auf Versicherung zu gewinnen, von dem Vertreter der Unternehmung oder von dieser selbst beim Abschluß der Versicherung eine gewöhnlich von der ersten Jahresprämie zu kürzende Vergütung gewährt. Ursprünglich eine Unsitte der Akquisitionstechnik, wurde die Provisionsabgabe besonders stark in der Lebensversicherung gefördert durch die vielen Begünstigungsverträge, die im Laufe der Jahre von den Versicherungsunternehmungen mit Behörden, Vereinen usw. abgeschlossen wurden. Ihr Zweck war ein Vertragsunternehmen durch einen von ihr dem Versicherungsnehmer gewährten einmaligen oder laufenden Prämiennachlaß in einem bestimmten Personenkreis vorzugsweise zu verbreiten und seinen Vertretern dort den Abschluß zu erleichtern. Nicht alle Versicherungsunternehmen machen diese Bevorteilung einzelner Versichertenkreise aus freien Stücken mit. Meist wurden sie jedoch durch die Konkurrenz gezwungen, den gleichen Weg zu beschreiten. Die Leipziger Lebensversicherung [24] schreibt, daß ihre Gesellschaft die Provisionsabgabe von jeher scharf bekämpft habe; sie erachte sie als Unsitte, da die Versicherten ungleich behandelt wurden.

Die durch Gesetz vom 19. Juli 1923 beschlossene Ergänzung des § 64 des Gesetzes über die privaten Versicherungsunternehmungen

24. Leipziger Lebensversicherung. Denkschrift zur Jahrhundertfeier. Leipzig 1930 S. 81.

ermächtigt die Aufsichtsbehörde, Anordnungen zu erlassen, nach denen die Gewährung von Sondervergütungen an die Versicherungsnehmer in irgendeiner Form, sowie der Abschluß und die Verlängerung von Begünstigungsverträgen untersagt werden. Die verbotene Provisionsabgabe lebte wieder in den Kollektiv-(Gruppen)Versicherungen auf. Sie dienten der gemeinsamen Versicherung einer großen Anzahl von Personen. Einige Unternehmungen berechneten unter Annahme von Ersparnissen an Erwerbs- und Verwaltungskosten in einer unwahrscheinlichen Höhe Tarife mit niedrigeren Prämien, als sie für den übrigen Geschäftsbetrieb führten, und erhielten auch dazu die Genehmigung des Aufsichtsamtes. So hat sich diese versteckte Abweichung vom Proportionalitätsprinzip bis zum heutigen Tag erhalten.

Grundsätzlich sucht jedoch der Versicherer auf Grund der Schadenswahrscheinlichkeit Gefahrenklassen zu konstruieren und für jede die rationelle Grundprämie zu ermitteln, um dann innerhalb der Gefahrenklasse die einzelnen Risiken besonders zu gruppieren, um möglichst jedes Risiko zu einer erschwingbaren Prämie versicherbar zu machen. Dieses Streben nach Proportionalität von Leistung und Gegenleistung erfordert auch einen Schutz vor übermäßigen Risiken, über deren Gefährlichkeit keine genügend großen Erfahrungen vorliegen. Mit Hilfe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und von vertraglichen Vereinbarungen von Fall zu Fall werden derartige Risiken von der Versicherung ausgeschlossen bzw. wird die Haftungsgrenze des Versicherers herabgesetzt. Die Geschichte gerade der Lebensversicherung gibt ein anschauliches Bild davon, wie diese Bedingungen anfangs sehr streng gefaßt waren, um nach und nach mit zunehmender Erfahrung und Sicherheit aufgelockert zu werden. Denn im Anfangsstadium wird jedes Versicherungsunternehmen naturgemäß mehr oder minder im Ungewissen über ihr Risiko schweben. So waren Seereisen ein Risiko, das von der Versicherung ausgeschlossen war; ebenfalls erlosch bei Selbstmord die Haftungspflicht des Versicherers. Der Verfasser von „Le Guidon de la Mer" berichtet, daß in anderen Ländern als Frankreich sogar Versicherungen auf das menschliche Leben im Falle des Todes während einer Seereise abgeschlossen würden, was aber Vereinbarungen wären, die gegen die guten Sitten und die Gewohnheit verstoßen würden.[25]

In der englischen Lebensversicherung war zwischen 1850 und 1880 in den Versicherungsbedingungen meist vereinbart, daß die Zahlungspflicht beim Tod außerhalb Europas oder während einer

25. Vgl. H. Braun, Geschichte der Lebensversicherung und der Lebensversicherungstechnik, Nürnberg 1925, S. 355.

Seereise oder während Militär- und Seedienstes erlosch, falls nicht vorher die Genehmigung der Gesellschaft eingeholt worden war. Ferner leisteten die Gesellschaften nichts im Falle von Selbstmord oder Todesstrafe. Bei fünfjährigem Bestand der Police wurde in solch einem Falle eventuell der Rückkaufswert gewährt.[26]

Bei der Leipziger Lebensversicherung wurde im November 1830 das anormale Risiko des durch die Cholera herbeigeführten Todes durch folgenden Beschluß abgelehnt, „daß bei Todesfällen keine Zahlung der Versicherungssumme zu leisten sei, die durch die in einigen Gegenden herrschende, den Namen cholera morbus führende Krankheit verursacht worden sind."[27] Dieser Beschluß wurde ein Jahr später wieder aufgehoben, doch hielt man weiter daran fest, daß an Orten, an denen und in deren Umgebung von 5 Meilen die Cholera herrschte, Versicherungen nicht abgeschlossen werden sollten. Die nächste Etappe war dann, daß man sich entschloß, Versicherungen an den von der Cholera befallenen Orten unter Beobachtung gewisser Vorsichtsmaßregeln und mit einem Prämienzuschlag bei den kurzen Versicherungen, d. h. nur auf ein oder fünf Jahre laufenden Versicherungen, abzuschließen.

Wurden in der anfänglich bestehenden größten Unsicherheit über die Risikoverhältnisse Versicherungen von hohen Risiken gänzlich gemieden, so wurden jedoch bei zunehmender Erfahrung die Ansichten und das Gebaren der Versicherungsunternehmungen immer liberaler. Für den Fall des Selbstmordes beschränkte man sich auf immer kürzere Karenzen, sodaß heute als Regel gilt, daß nur im ersten Versicherungsjahr die Zahlung der Versicherungssumme verweigert wird.

Führte sich auch allmählich die grundsätzliche Versicherungsbereitschaft für Risiken ein, die vorher von der Versicherung ausgeschlossen waren, so wurden aber für derartige Versicherungsverhältnisse erhöhte Prämien oder Beiträge bzw. besondere Zuschläge dazu als Gegenleistung von den Versicherten für die Übernahme des erhöhten Risikos durch den Versicherer gefordert. Eine wichtige Bedingung waren bei den englischen Gesellschaften die für gewisse lebensgefährdende Berufe und Reisen sowie für den Aufenthalt in gesundheitlich schlechten Gegenden eingeführten Extraprämien.[28] Bei einer der vier Prüfungen des Institute of Actuaries of Great Britain and Ireland wird die Anforderung gestellt, Extraprämien für minderwertige Leben, gefährliche Berufe und

26. Vgl. H. Braun, a. a. O. S. 262.
27. Leipziger Lebensversicherung, a. a. O. S. 13.
28. Vgl. H. Braun, a. a. O. S. 262.

Aufenthalt in den Tropen und brauchbares Material für ihre Bestimmung zu beherrschen.[29]

Für den Abschluß eines Lebensversicherungsvertrages ist allgemein die vorherige ärztliche Untersuchung obligatorisch, damit der Versicherer über den Gesundheitszustand des zu Versichernden orientiert ist und er sich ein Bild von dem wahrscheinlichen Risiko machen kann, das zu übernehmen er im Begriffe ist. Auf Grund des Befundes der ärztlichen Untersuchung, des Alters des Versicherungsnehmers und der Versicherungssumme wird die genaue und gerechte Prämie oder Beitrag bestimmt. Bei einer neu aufkommenden Versicherungsart der Lebensversicherung fiel die ärztliche Untersuchung fort, um dem Versicherungsnehmer das Abschließen des Versicherungsvertrages so bequem als möglich zu machen. Als Ausgleich für ein solches, durch das Fehlen der ärztlichen Untersuchung nur ungenau zu bestimmendes Risiko wurde ein Prämienzuschlag erhoben. Über derartige Versicherungen schreibt die „Alte Leipziger", daß „seit Einführung der neuen Tarife vom März 1923 die Gesellschaft Versicherungen in jeder Höhe auch ohne ärztliche Untersuchung vorgenommen hatte. Der zu Versichernde hatte neben dem Versicherungsantrag nur den sonst bei dem Vertrauensarzt auszufüllenden Fragebogen mit seinen Erklärungen über seine persönlichen und gesundheitlichen Verhältnisse einzureichen. Die Prämien des einen Tarifes enthielten bereits einen Zuschlag für die Versicherung ohne Untersuchung von 3 vom Tausend der Versicherungssumme, der vom elften Versicherungsjahr an, und wenn der Versicherte sich beim Abschluß untersuchen ließ, von Anfang an wegfiel. In den späteren niedrigeren Tarifen war der Zuschlag für die Versicherung ohne ärztliche Untersuchung nicht mehr enthalten; es wurde bei einer solchen dann eine Zusatzprämie von je drei vom Tausend der Versicherungssumme auf die ersten zehn, später neun Versicherungsjahre erhoben." Es heißt dann weiter, „die Erfahrungen, die die Gesellschaft, ebenso wie die anderen Gesellschaften, bei diesen Versicherungen ohne Untersuchung machte, waren nicht günstig. In zahlreichen Fällen war sie genötigt, wegen erheblicher unrichtiger Angaben oder Verschweigungen anzufechten, und auch sonst erwies sich die Sterblichkeit bei diesen Versicherungen als ziemlich hoch. Die Gesellschaft schränkte daher die Versicherungen ohne Untersuchung immer mehr ein; seit März 1928 wird sie nur noch bei Versicherungssummen bis 5000 Mark zugelassen und bei über vierzig Jahre alten Personen wird stets die vertrauensärztliche Untersuchung gefordert."[30] Die Individualisierung des Risikos hat auch heute noch die Folge, daß manches Risiko wegen

29. Vgl. H. Braun, a. a. O. S. 234 ff.
30. Leipziger Lebensversicherung, a. a. O. S. 76.

seiner Gefährlichkeit bei keiner der üblichen Versicherungseinrichtungen unterzubringen ist. In der Lebensversicherung sind dieses die sehr kranken oder sehr alten Menschen. Man spricht von ihnen als von den „notleidenden Risiken". Diese bedeutsame Frage der Versicherung gesundheitlich minderwertiger Leben ist schon zu Beginn des 19. Jahrhunderts von der englischen Lebensversicherung in Angriff genommen worden. Im Jahre 1824 wurde die Clerical Medical and General Life Assurance Company gegründet, die es sich zur Aufgabe machte, in größerem Maßstabe auch solchen Personen noch eine Versicherung zu gewähren, die bei anderen Gesellschaften nicht angenommen werden. Die Übernahme derartiger Risiken erfolgte gegen Entrichtung einer Zuschlagsprämie, deren Höhe bei dem Mangel jeglicher Statistik lediglich auf Grund eines tunlichst gründlichen ärztlichen Urteils bestimmt wurde. Auch die 1807 gegründete Eagle Insurance Company übernahm sehr bald minderwertige Risiken. Sie hat in den Jahren 1813—1871 3147 derartige Risiken versichert und hierbei das System der Alterserhöhungen zur Anwendung gebracht. Nach derselben Methode hat auch die 1835 in London gegründete Metropolitan Life Assurance Society den sogenannten geschwächten Leben Versicherungsschutz geboten. Viel weiter scheint in ihrer Auslese die 1841 gegründete Medical Invalid and General Life Assurance Society gegangen zu sein. Bei dieser Gesellschaft wurde die Prämie nach einer gründlichen Antragsprüfung individuell bestimmt und es wurden keine Prämientarife veröffentlicht.[31] Um jene Zeit scheint bei den englischen Gesellschaften, die die Versicherung geschwächter Leben betrieben, die Wartezeit eine große Rolle gespielt zu haben. In denjenigen Fällen, in denen während der Wartezeit der Tod eintrat, wurde ein Abzug von der Versicherungssumme gemacht, der an die Stelle der sonst einzuhebenden jährlichen Prämie treten sollte. Diese Methode aber beruht auf einem grundsätzlichen Trugschluß. „Es widerspricht dem Wesen der Lebennsversicherung, Extraprämien in Form von Einmalprämien nur dort einzuheben, wo ein Schaden eingetreten ist, denn die Grundlage der Prämienbemessung kann nie der Tod einer einzelnen Person sein, sondern nur die Ordnung, in der eine Gesamtheit von Lebenden abstirbt."[32]

In Deutschland wurde zur Versicherung geschwächter Leben auf Anregung des Allgemeinen Deutschen Versicherungsvereins in Stuttgart von 19 Gesellschaften im Jahre 1916 die „Hilfe", Vertragsgesellschaft Deutscher Lebensversicherungsunternehmungen A.-G. in Stuttgart, gegründet. Diese sollte die von den angeschlossenen Gesell-

31. Vgl. H. Braun, a. a. O. S. 210.
32. Vgl. H. Braun, a. a. O. S. 210.

schaften abgelehnten Anträge nochmals prüfen und sie, soweit irgend möglich, zur Annahme bringen. Im Jahre 1923 wurde diese Gesellschaft wieder aufgelöst. Sie hatte das Vorbild der Amerikaner nachgeahmt, die Risikoauslese nach einem numerischen Verfahren vorzunehmen. Und zwar führte sie die Versicherung minderwertiger Leben nach dem System der „New York" durch, d. h., sie behandelte die einzelnen Faktoren jedes Falles getrennt, belegte jeden Faktor mit einem entsprechenden Zuschlag in Prozenten der Normalsterblichkeit und berechnete den Gesamtwert des Risikos durch Addition der einzelnen Prozentsätze. Dieser Gesamtwert gibt dann die Übersterblichkeit des Falles an und damit die entsprechende Gruppe, in die er eingereiht werden muß.[33]

Auf der Suche nach den Faktoren, die diese Struktur der privaten Versicherungswirtschaft hervorgerufen hat und weiter erhält, wird man zuerst auf die privatwirtschaftlichen Anforderungen treffen, die an die Privatversicherung als zweiseitiges Wirtschaftsverhältnis gestellt werden. Wäre es nicht denkbar, daß die Prämienhöhe willkürlich von dem Versicherer festgesetzt werden könnte ohne Rücksicht auf das Proportionalitätsprinzip? Dieses wird verhindert durch den Trieb des Versicherungsnehmers, ökonomisch zu wirtschaften. Ein jeder Versicherungsnehmer will nur soviel leisten, wie es die Höhe der Gegenleistungen des Versicherers gerade noch zuläßt. In der Privatversicherung bestimmen unverfälschte privatwirtschaftliche Gesetze den Lauf der Dinge. Deshalb wird es auch für jedes rationale Denken eine Selbstverständlichkeit sein, daß Leistung und Gegenleistung in einer Verhältnismäßigkeit zu einander stehen, die dem Wert und dem Zweck des gesamten wirtschaftlichen Vorganges entspricht. Das Streben des Versicherten wird dahin gehen, möglichst viel für die eigenen Aufwendungen zu erhalten, oder umgekehrt, eine gewisse Leistung so billig als es möglich ist, zu erringen. Prämie und Beitrag dürfen nicht zu „teuer" sein, sonst „kauft" der Versicherunngsnehmer die Versicherung nicht. Man wird das Proportionalitätsprinzip als die Synthese der Interessen des Versicherers und des Versicherten bezeichnen und es seinem Wesen nach natürlich und gerecht nennen dürfen.

Die Mindesthöhe von Prämie und Beitrag hängt dagegen von betriebswirtschaftlichen Erwägungen des Versicherers ab. Wie beim Warenproduzent werden auch beim Versicherer die Produktionskosten preisbestimmend sein. Ferner werden Angebot und Nachfrage bezüglich der „Preishöhe" eine Rolle spielen, die aber durch die geringe Elastizität der „Versicherungsproduktion" mit ihrem versicherungstechnischen Kalkulationsapparat, der auf statistischen und teilweise

33. Vgl. Leipziger Lebensversicherung, a. a. O. S. 40; H. Braun, a. a. O. S. 41.

mathematischen Methoden basiert, sowie durch die festen oder Tarif-Prämien und -Beiträge eine Einschränkung erfahren wird.

Ein garnicht genügend zu würdigendes Attribut der freien Wirtschaft ist die Konkurrenz. Sie hat den Aufbau des Versicherungsgewerbes weitgehend beeinflußt und hat auch noch in der Gegenwart, in der das Versicherungsgewerbe zu einer einzigartigen Blüte und zu einer Mannigfaltigkeit des Versicherungszweckes gekommen ist, eine fermentartige Wirkung. Der gegenseitige Wettbewerb unter den zahlreichen Versicherungsunternehmungen unterbindet die Erreichung des Optimums an Prämien- und Beitragshöhe durch den einzelnen Versicherer. Prämie und Beitrag müssen sorgfältig berechnet werden, um dem durch niedrige Tarife verwöhnten Versicherungsnehmer noch einen Anreiz zur Eingehung des Versicherungsverhältnisses zu bieten. So führt Braun [34] bei der Betrachtung des Verhältnisses von Aktiengesellschaften und Gegenseitigkeitsvereinen in der Versicherungswirtschaft folgendes aus: „Die Konkurrenz der Anstalten untereinander sorgt von selbst dafür, daß der Versicherungsnehmer dabei nicht zu kurz kommt und er seine Versicherung zum billigsten Preis bekommt. Es ist in der Lebensversicherung nicht so, daß die Erwerbsgesellschaften (insbesondere die Aktiengesellschaften) ihren Versicherungsnehmern ungebührliche Beiträge für die Versicherung abfordern können. Die Erwerbsgesellschaften haben in ihrem geschäftlichen Handeln gar nicht die freie Wahl, den Preis ihrer Ware „Lebensversicherung" beliebig hoch festsetzen zu können; ihnen ist ein bestimmter Zwang durch die allgemeine Marktlage (d. h. durch die Prämien, Dividenden und Versicherungsbedingungen der Gegenseitigkeitsgesellschaften) vorgeschrieben, der sie sich anpassen müssen, wenn sie erfolgreich wirtschaften wollen." „Kein Wunder", sagt Braun [35] dann an anderer Stelle, „daß die große Konkurrenz noch in den 70er und 80er Jahren die vorhandenen Beschränkungen in der Reise- und Aufenthaltsfreiheit für den Versicherten aufhob und schließlich „Weltpolicen" gewährte. Für den Fall des Selbstmordes beschränkte man sich auf immer kürzere Karenzen, so daß heute als Regel gilt, daß nur im ersten Versicherungsjahr bei Selbstmord die Zahlung der Versicherungssumme verweigert wird."

Bewirkt die Konkurrenz auf der einen Seite eine Begrenzung der Prämienhöhe nach oben hin, so stellt sie sich auf der anderen Seite auch mit als treibende Kraft für die Prämiendifferenzierung und der damit verbundenen Gefahrenklassifikation dar. Für das Bestreben des Versicherers, möglichst jedem Versicherungsnehmer ein besonders günstiges Versicherungsangebot zu machen, das möglichst

34. H. Braun, a. a. O. S. 355.
35. H. Braun, a. a. O. S. 338.

unter dem Angebot der gleichfalls auf dem Plan erscheinenden Konkurrenz liegen soll, ist die genaue Bewertung jedes Einzelrisikos Voraussetzung. In dieser Hinsicht hat der Wettbewerb der Unternehmungen untereinander, Hand in Hand mit den anderen, die Prämiendifferenzierung fordernden Faktoren gewirkt. In diesem Rahmen fällt auch die Jagd nach den guten Risiken. Es ist für einen Versicherer von großem Vorteil, wenn er möglichst gute Risiken in den Kreis seiner versicherten Objekte ziehen kann. Die guten Risiken erweisen sich aber allgemein der Versicherung nicht so geneigt wie die schlechteren Risiken, weil sie den Eintritt von Ereignissen, gegen die man sich versichert, nicht in dem Maße zu fürchten haben wie die schlechteren Risiken; letztere werden den größeren Teil des Versichertenbestandes bilden. Eine Munitionsfabrik wird mehr Interesse an der Feuer-Versicherung haben als der Eigentümer eines alleinstehenden Wohnhauses. Ebenso wird ein alter oder kranker Mensch, der seinen Tod nicht mehr fern sieht, stärker an eine Lebensversicherung denken, als ein junger gesunder und unbeschwerter Mensch. Der Versicherer muß demgemäß auf einen von guten und schlechten Risiken gleichmäßig durchmischten Versicherungsbestand sehen, um der erwartungsmäßigen Wahrscheinlichkeit des Ablaufes aller Versicherungen nahe zu bleiben. Mit Hilfe möglichst differenzierter und günstiger Prämien suchen sich nun die Versicherer die seltenen und guten Risiken gegenseitig streitig zu machen.

Trotz aller dieser verschiedenen Faktoren, die auf den Weg der Prämiendifferenzierung und Proportionalität hindrängen, wird das Höchstmaß an Proportionalität und Differenzierung nicht erreicht, denn der Versicherer hat mit der Überteuerung der Prämien und Beiträge zu kämpfen. Die Versicherung vieler Risiken würde unwirtschaftlich werden, wollte man die ganz genauen proportionalen Gegenleistungen dem Versicherungsnehmer abverlangen und seine wirtschaftliche Fähigkeit zur Zahlung der Prämie würde überschritten werden. In Konsequenz eines solchen Weges kommt man zuletzt zu den „notleidenden" Risiken.

Eine bis zur völligen Individualisierung gehende Differenzierung der Risiken müßte für eine Reihe von Risiken unfehlbar zu Prohibitivprämien führen und jede Möglichkeit, sie zu versichern, ausschließen. Um derartige Erscheinungen möglichst zu vermeiden, wird ein gewisser gemäßigter Ausgleich in der Lastenverteilung auf die Versicherten vorgenommen, der natürlich in den Grenzen privatwirtschaftlicher Vernunft zu bleiben hat. Auch die Einfachheit der Verwaltung, die durch eine Zusammenfassung von Risiken zu Gruppen gleicher Prämien- und Beitragsleistung bei den Versicherungsunternehmungen erreicht wird, spricht gegen das Höchstmaß an Proportionalität und Differenzierung. Eine übermäßige Verteuerung der

Verwaltung wird vermieden, die sich letzten Endes wieder in der Prämienhöhe auswirken würde. Da die Produktivität einer Versicherung davon abhängig ist, daß möglichst viel der Prämien- und Beitragsleistungen an die Versicherten in Gestalt von Versicherungsleistungen zurückfließt, so hat der Versicherer ein Interesse daran, an den Aufwendungen der Verwaltung zu sparen. Denn die Produktivität der Versicherung ist nicht nur ein volkswirtschaftliches, sondern auch ein privatwirtschaftliches Ziel.

Das Prinzip der Verhältnismäßigkeit von Prämie und Versicherungsleistungen, im Rahmen der gezeigten Einschränkungen, ist also ein Grundelement der Privatversicherung. Es ist die Basis, auf der sich die teilweise gegensätzlichen Interessen von Versicherer und Versicherten zusammenfinden zu beiderseitigem Nutzen, und der gegenwärtig mächtig aufstrebende Bau der Privatversicherung ruht mit einem Teile seiner Säulen auf dem gleichen Fundament.

II. Teil.

Das Wesen und der Zweck der Sozialversicherung und die Grundprinzipien der Prämien- und Leistungsbemessung in der Sozialversicherung.

Für die Sozialversicherung ist die Privatversicherung Lehrmeisterin und Vorstufe gewesen. Nicht nur der Gedanke, sondern auch die praktische Gestaltung der Sozialversicherung ist aus der Privatversicherung erwachsen. Die Funktion beider erschöpft sich in der Bildung von Wirtschaftsgemeinschaften, von Gefahrengemeinschaften zu einem bestimmten Versicherungszweck. Die Sozialversicherung ist ein Kind der jüngsten Vergangenheit. Erst die letzten Jahrzehnte des verflossenen Jahrhunderts werden durch das Bestreben charakterisiert, den niedersten Schichten der Bevölkerung die wirtschaftliche Existenzfähigkeit gegen alle Wechselfälle des Lebens zu sichern. Das Programm der Sozialversicherung ist auf bestimmte Bevölkerungsklassen gerichtet, die sie durch autoritäre Norm ihrer alleinigen Betätigung vorbehalten will. Ein Fehlschluß wäre es indes, die Triebfeder zu dieser Entwicklung allein in einer kollektivistischen Tendenz der Gesetzgebung zu erblicken. Eine Hauptursache für das Vordringen der Sozialversicherung in diese Bevölkerungsschichten liegt darin, daß die private Organisationsform der Aufgabe fernsteht, die Versicherungsbedürfnisse dieser Bevölkerungskreise in ausreichendem Maße zu befriedigen. Vor allem die aus der Unternehmerstellung der privaten Versicherung sich ergebende Notwendigkeit, in ihren Geschäften auf klare Verhältnisse der Vertragsrechte bedacht zu sein, während ihr in der Sozialversicherung ein unklares, kaum meßbares Risiko gegenübersteht, das die Gefahr von Konflikten zwischen Versicherer und Versicherten in sich schließt. Auch Adolf Wagner[1] kommt zu dem Schluß, daß die Sozialversicherung im Gegensatz zur Privatversicherung geschaffen wurde; war doch die letztere nach Wagners Worten nicht geeignet zur Erfüllung solcher sozialer Aufgaben. Privatversicherungsunternehmungen könnten eine ausgleichende Gerechtigkeit, die in der Sozialversicherung unbedingt erforderlich sei, nicht üben. Dazu sei allein der Staat berufen und fähig. Die Schaffung einer Sozialversicherung war

1. A. Wagner, Der Staat und das Versicherungswesen, eine sozialökonomische und sozialrechtliche Studie. Tübinger Zeitschrift f. d. ges. Staatswissenschaft, Bd. 37 (Tüb. 1881) S. 102 ff.

eine Aufgabe, vor die der Staat erst in neuester Zeit gestellt wurde. Sehr treffend schildert Schäffle,[2] weshalb früher ein solches Institut entbehrlich war:

„Vor der massenhaften und immer fortschreitenden Auflösung des Mittelstandes im Proletariat und Großkapital war Besitz allgemeiner und beständiger vorhanden, die Familien- und Gemeindezugehörigkeit fester, bindender, persönlich inniger, die Wohltätigkeit gegen Alter und Invalidität ausreichend. Ein gegen Bettel und Armenunterstützung sich auflehnendes Gefühl der arbeitenden Klassen war nicht vorhanden, und die Zunftgabe hilft, wo die Familie nicht sorgte. Das alles ist rasch anders geworden. Der Mittelstand hat verhältnismäßig abgenommen; die Beständigkeit auch im Besitz der Reichen hat sich eher verringert. Das Verwandtschaftsband hat sich gelockert. Der Orts- und Berufswechsel hat die Familien- und Heimatsangehörigkeit verflüssigt. Das Selbstgefühl des Individuums ist gestärkt worden und widerstrebt schon bei den Massen der gelernten Lohnarbeiter mehr und mehr dem Heimfallen an Bettel und Armenhaus. Auf die Hilfe, welche durch die Wohltätigkeit anderer wird, läßt sich auch das Massengefühl nicht mehr stützen, es ist darauf auch in geringerem Grade Verlaß. Dazu liegen die Aufgaben der freien Wohltätigkeit für die Zukunft in der Richtung individualisierender, persönlicher Pflegeweisen und außerordentlicher Hilfeleistungen. Endlich, die Versorgung durch die gemeinschaftliche Armenpflege gibt weder ausreichende, noch sichere Versorgung im Alter und Invalidität. Die Armenpflege mit dem kommunistischen Merkmale, das ihr breit auf die Stirn gedrückt ist, wird von dem Besitzenden als eine Last empfunden, sie ist nur der letzte Ausweg in Beschränkung auf die Reichung der äußersten Notdurft. So füllt die Arbeiterversicherung ein starkes, eigenartiges Bedürfnis unserer Zeit aus".

Der Übergang vom Agrarstaat zum Industriestaat hat in Deutschland wie überall in der Welt bei dem gleichen Entwicklungsprozeß die sozialen Fragen immer größere Bedeutung gewinnen lassen. Die veränderte Lebenslage des Arbeiters forderte unbedingt Abhilfe. Der strukturelle Umbildungsprozeß drängte die breit gewordene Schicht der Lohnarbeiter in den Vordergrund. Eine Erhöhung der Gefahren für Leib und Leben des Arbeiters war eingetreten infolge der gesteigerten Benutzung von elementaren Kräften, von Maschinen und chemischen Stoffen in der modernen Industrie. Ferner waren mit der Konzentration der Arbeit in den Fabriken und der Tätigkeit vieler Menschen auf der gleichen Betriebsstelle besondere Gefahren verbunden. Wegen des Überganges vom Klein- zum Großbetrieb

2. A. E. F. Schäffle, Deutsche Kern- und Zeitfragen. Berlin 1894/95 S. 384.

hatte der einfache Arbeiter immer mehr abnehmende Möglichkeit, sich selbständig zu machen, wodurch der Entwicklung dauernder Interessengegensätze zwischen Arbeiterschaft und Unternehmertum Vorschub geleistet wurde. Zuletzt rief die Entwicklung eine überaus starke Zunahme der Zahl der lebenslänglich in wirtschaftlicher Abhängigkeit befindlichen, dabei politisch freien Arbeiter hervor, deren Existenz von den schwankenden wirtschaftlichen Konjunkturen abhängig ist.

Aus dem großen Gebiet der sozialen Fragen erhielt die Sozialversicherung die Fälle zum Gegenstand, in denen durch den unvorhergesehenen und meist unverschuldeten Eintritt eines Ereignisses, insbesondere infolge von Krankheit, Invalidität, Tod des Ernährers und Unfällen — der Fall der Arbeitslosigkeit wurde erst viel später in die Versicherung einbezogen — die wirtschaftliche Existenz des Betroffenen bedroht ist. Hier will die soziale Versicherung helfend eingreifen, indem sie dem Betroffenen für solche Notzeiten Mittel für ihre Überwindung zur Verfügung stellt. Als ein Mittel zur Lösung der sozialen Arbeiterfrage, hat die Sozialversicherung im Laufe der Jahre die Beschränkung auf die sozialen Sonderfragen abgelegt, um nunmehr, über die ihr ursprünglich zugewiesenen Kreise der Arbeiter und Unternehmer hinausgreifend, die Gegensätze auch anderer sozialer Gruppen zu mildern und auszugleichen.

Der Grundgedanke der deutschen Sozialversicherung und ihr Wesen können nicht besser dargestellt werden als durch Wiedergabe der einleitenden Worte, die die Begründung des überhaupt ersten Gesetzentwurfes der Sozialversicherung enthält.[3] Es heißt dort: „Bei der Beratung des Gesetzes vom 21. Oktober 1878, betreffend die gemeingefährlichen Bestrebungen der Sozialdemokratie, ist die Notwendigkeit anerkannt worden, die bedenklichen Erscheinungen, welche den Erlaß dieses Gesetzes notwendig gemacht haben, auch durch positive, auf die Verbesserung der Lage der Arbeiter abzielende Maßnahmen zu bekämpfen".

„Daß der Staat sich in höherem Maße als bisher seiner hilfsbedürftigen Mitglieder annehme, ist nicht bloß eine Pflicht der Humanität und des Christentums, von welchen die staatlichen Einrichtungen durchdrungen sein sollen, sondern auch eine Aufgabe staatserhaltender Politik, welche das Ziel zu verfolgen hat, auch in den besitzlosen Klassen der Bevölkerung, welche zugleich die zahlreichsten und am wenigsten Unterrichteten sind, die Anschauung zu pflegen, daß der Staat nicht bloß eine notwendige, sondern auch eine wohltätige Einrichtung sei. Zu dem Ende müssen sie durch erkennbare direkte Vorteile, welche ihnen durch gesetzgeberische Maß-

3. Verh. d. R. 1881, Bd. 1. S. 673 ff.

regeln zuteil werden, dahin geführt werden, den Staat nicht als eine lediglich zum Schutze der besser situierten Klassen der Gesellschaft erfundene, sondern als eine auch ihren Bedürfnissen und Interessen dienende Institution aufzufassen".

„Das Bedenken, daß in die Gesetzgebung, wenn sie dieses Ziel verfolge, ein sozialistisches Element eingeführt werde, darf von der Betretung dieses Weges nicht abhalten. Soweit dies wirklich der Fall ist, handelt es sich nicht um etwas ganz Neues, sondern nur um eine Weiterentwicklung der aus der christlichen Gesittung erwachsenen modernen Staatsidee, nach welcher dem Staate neben der defensiven, auf den Schutz bestehender Rechte abzielenden, auch die Aufgabe obliegt, durch zweckmäßige Einrichtungen und durch Verwendung der zu seiner Verfügung stehenden Mittel der Gesamtheit das Wohlergehen aller seiner Mitglieder und namentlich der schwachen und hilfsbedürftigen positiv zu fördern. In diesem Sinne schließt namentlich die gesetzliche Regelung der Armenpflege, welche der moderne Staat im Gegensatz zu dem des Altertums und des Mittelalters als eine ihm obliegende Aufgabe anerkennt, ein sozialistisches Moment in sich, und in Wahrheit handelt es sich bei den Maßnahmen, welche zur Verbesserung der Lage der besitzlosen Klassen ergriffen werden können, nur um eine Weiterentwicklung der Idee, welche der staatlichen Armenpflege zugrunde liegt".

Ähnliche Gedanken enthielten ferner die verschiedenen kaiserlichen Botschaften der Jahre 1881 und 1883. Sie waren Marksteine in der Entwicklung der Sozialversicherung. Es sei hier die bedeutsamste von ihnen angeführt, die gelegentlich der Eröffnung des Reichstages am 17. November 1881 verkündet wurde.[4]

„Schon im Februar dieses Jahres haben Wir Unsere Überzeugung aussprechen lassen, daß die Heilung der sozialen Schäden nicht nur ausschließlich im Wege der Repression sozialdemokratischer Ausschreitungen, sondern gleichmäßig auf dem der positiven Förderung des Wohles der Arbeiter zu suchen sein werde. Wir halten es für Unsere Kaiserliche Pflicht, dem Reichstag diese Aufgabe von neuem ans Herz zu legen, und würden Wir mit um so größerer Befriedigung auf alle Erfolge, mit denen Gott Unsere Regierung sichtlich gesegnet hat, zurückblicken, wenn es Uns gelänge, dereinst das Bewußtsein mitzunehmen, dem Vaterlande neue und dauernde Bürgschaften seines inneren Friedens und den Hilfsbedürftigen größere Sicherheit und Ergiebigkeit des Beistandes, auf den sie Anspruch haben, zu hinterlassen. In Unseren darauf gerichteten Bestrebungen sind Wir der Zustimmung aller verbündeten Regierungen gewiß und vertrauen

4. Verhandl. d. R. 1881/82 Bd. 1. S. 1.

auf die Unterstützung des Reichstags ohne Unterschied der Parteistellungen".

„In diesem Sinne wird zunächst der von den verbündeten Regierungen in der vorigen Session vorgelegte Entwurf eines Gesetzes über die Versicherung der Arbeiter gegen Betriebsunfälle mit Rücksicht auf die im Reichstag stattgehabten Verhandlungen über denselben einer Umarbeitung unterzogen, um die erneute Beratung desselben vorzubereiten. Ergänzend wird ihm eine Vorlage zur Seite treten, welche sich eine gleichmäßige Organisation des gewerblichen Krankenkassenwesens zur Aufgabe stellt. Aber diejenigen, welche durch Alter oder Invalidität erwerbsunfähig werden, haben der Gesamtheit gegenüber einen begründeten Anspruch auf ein höheres Maß staatlicher Fürsorge, als ihnen bisher hat zuteil werden können".

„Für diese Fürsorge die rechten Mittel und Wege zu finden, ist eine schwierige, aber auch eine der höchsten Aufgaben jeden Gemeinwesens, welches auf den sittlichen Fundamenten des christlichen Volkslebens steht. Der engere Anschluß an die realen Kräfte dieses Volkslebens und das Zusammenfassen der letzteren in der Form korporativer Genossenschaften unter staatlichem Schutz und staatlicher Förderung werden, wie Wir hoffen, die Lösung auch von Aufgaben möglich machen, denen die Staatsgewalt allein in gleichem Umfange nicht gewachsen sein würde. Immerhin aber wird auch auf diesem Wege das Ziel nicht ohne die Aufwendung erheblicher Mittel zu erreichen sein".

Waren es also auch Fragen politischer Zweckmäßigkeit, die eine Organisation der Sozialversicherung als erwünscht erscheinen ließen, so waren dennoch die Gedanken christlicher Armenfürsorge ein gut Stück Baumaterial für das geistige Gebäude der Sozialversicherung. Drei Faktoren sind es nach Fettweis,[5] die in der sozialen Versicherung zu einer gewissen körperlichen Gestaltung drängen, „das Mitleid, das Gerechtigkeitsgefühl und die politische Einsicht". Die Attentatspläne gegen den Kaiser waren, sofern Fettweis nicht irrt, der letzte Anstoß zu einer staatlichen Sozialpolitik, „denn sie gab der Ansicht Hermann Wagners, des geistigen Vaters der Sozialversicherung, Recht in dem Glauben, daß eine Monarchie durch die Pflege sozialpolitischer Ideen ein höheres Lebensalter als durch Bajonette erreichen würde".[6] Die christliche Individualethik aber weitete sich zur Sozialethik aus. Die soziale Hilfstätigkeit erschien jetzt als planmäßige Initiative gegenüber bestimmten Massenerscheinungen. Nicht mehr der einzelne Mensch mit seinen Schwächen und Sünden, sondern

5. E. Fettweis, Der Versicherungsgedanke in der Sozialversicherung. Dissertation Köln 1925, S. 11.
6. A. a. O. S. 27.

die Umwelt, die seine geistige Höherentwicklung hemmen, lenkte zuerst die Aufmerksamkeit der Kirche auf sich. Wenn der Versuch, der sozialen Not zu steuern, auch zuerst nur praktische Bedeutung durch Einwirkung auf die große Masse bekomme, so erhoffte man doch von der „christlichen Barmherzigkeit" die Neuauflebung der patriarchalischen Auffassung im Verhältnis des einzelnen zum Staat und zur Gesellschaft. Die christliche Nächstenliebe wurde umgestaltet in ein Gefühl der sozialen Verantwortlichkeit.[7]

Die deutsche Sozialversicherung stellt sich nun nicht als ein Werk aus einheitlichem Guß den Blicken des Beschauers dar. Sie ist ein Sammelbegriff für ein System verschiedener Versicherungszweige geworden. Insbesondere ist darunter zu verstehen: Die Kranken-, Unfall-, Invaliden- (Witwen-, Waisen) Versicherung, ferner die Angestelltenversicherung, und als jüngster Zweig die Arbeitslosenversicherung.

Die Vielheit der Sozialversicherungszweige ist eine Folge der Entwicklung der deutschen Sozialversicherung, die Jahrzehnte gebrauchte, bis sie heute einen gewissen Abschluß erreicht hat.[8] Aber es scheint, als ob der so gewaltige Bau der deutschen Sozialversicherung doch noch zu schnell gewachsen ist, wodurch innere Unfertigkeiten geblieben sind, die ihrer Behebung warten. Diese innere Unfertigkeit und die Tatsache, daß die Sozialversicherung als Produkt der Sozialpolitik am heftigsten von allen Staatseinrichtungen dem Sturmlauf der Meinungen ausgesetzt ist, läßt eine Erklärung für die Erscheinung zu, daß auch heute noch die Gesetzgebung, und zwar eine reine Novellengesetzgebung, sich ausgiebig mit ihr beschäftigt.

Ihr Ziel, den „sozialen Ausgleich" zu fördern, sucht die Sozialversicherung auf dem Wege der Milderung der Gegensätzlichkeit einer Klasse zur anderen dadurch zu erreichen, daß sie deren wirtschaftliche Lage durch Gewährleistung von Mitteln zu erleichtern trachtet. Sie sucht zur Förderung des sozialen Friedens eine Existenzsicherung bestimmter Gesellschaftsgruppen dadurch hervorzurufen, daß sie einen schätzbaren Mittelbedarf auf eine Vielheit von Wirtschaftern umlegt, die alle von diesem Bedarf bedroht, aber nur zum Teil von ihm betroffen werden.[9]

7. Vgl. Fettweis, a. a. O. S. 12.
8. Vgl. M. Wagner, Die deutsche Arbeiterversicherung. Ihre Entstehung und Weiterentwicklung. Berlin 1906.
9. W. Weddigen, Grundfragen der Sozialversicherungsreform. Jena 1931, S. 5. A. Manes gibt folgende Definition: Die Sozialversicherung ist die organisierte Selbsthilfe der Arbeitnehmer gegen Wechselfälle des Lebens. Sie ist gegenseitige Deckung zufälligen, schätzbaren Geldbedarfes zahlreicher gleichartig bestrebter Wirtschaften unter Beschränkung auf notleidende Bevölkerungsschichten. (Versicherungslexikon 3. Auflage, Berlin 1930 S. 1446.)

Das Wesen und die besonderen Aufgaben der Sozialversicherung bringen weitgehende Abweichungen in ihrem Aufbau von dem der Privatversicherung mit sich. Schon in ihrem Grundwesen sind beide Versicherungsarten von polarer Verschiedenheit. Über der Sozialversicherung steht das Zwangsprinzip geschrieben, während die Privatversicherung in ihrem weitaus größerem Umfange auf freiwilliger Vertragsschließung beruht. Der Zwang kann aber bei der sozialen Versicherung nicht entbehrt werden, sofern nicht das große Werk in seinen Anfängen stecken bleiben und zum Scheitern verurteilt sein sollte. Niemals könnten Millionen Menschen, die meist nicht die Energie besitzen, von sich aus Vorsorge für ihre Zukunft zu treffen, wenn ihnen auch die Möglichkeit dazu geboten sein würde, freiwillig in die Sozialversicherung hineingebracht und vor allem dazu angehalten werden, die ihnen auferlegten Beitragsleistungen regelmäßig zu tätigen, wenn der Zwang fehlen würde. Unter dem Versicherungszwang steht es jedoch nicht in der freien Willensentschließung des Versicherten, ob er ein Versicherungsverhältnis abschließen will; seinen Versicherer kann er sich ebensowenig auswählen.[10] Wird eine bestimmte Tätigkeit ausgeführt, so besteht auch schon ex lege ein Versicherungsverhältnis mit einem ganz bestimmten Versicherungsträger. Es besteht in normalen Fällen keine Möglichkeit, diesen Folgen zu entgehen. Durch das Zwangsprinzip soll dem wirtschaftlich nicht sehr weit vorausblickenden Individuum von der Hand staatlicher Führung der mangelnde Wille zu eigener Verantwortlichkeit ersetzt werden. Wie ganz anders ist es dagegen in der Privatversicherung. Dort stehen sich zwei gleichberechtigte Partner gegenüber, die sich nach ihrem Belieben suchen und auswählen, vertragliche Bindungen eingehen und wieder lösen können. Zwang ist nur in Ausnahmefällen zu finden; wo er noch besteht, ist er aber auch im Schwinden begriffen. Ein freier Vertragsabschluß besteht auch in der Sozialversicherung, nimmt aber infolge seiner Begrenzung nur eine untergeordnete Stellung ein.[11]

Lembourg[12] sieht den Charakter der Sozialversicherung in der Qualität des Versicherten. Er will damit sagen: In der Sozialversi-

10. Anders bei den Ersatzkassen in der Krankenversicherung.
11. Im Jahre 1929 waren in der reichsgesetzlichen Krankenversicherung von rund 21 Millionen Versicherten nur rund 2,3 Millionen freiwillig versichert (Statistik des Deutschen Reiches, Bd. 389 S. 3). In dem gleichen Jahr standen in der Invalidenversicherung 16,38 Millionen Pflichtversicherten rund 1,62 Millionen freiwillig Versicherte gegenüber, die in der Hauptsache Weiterversicherte sind. Die Zahl der Selbstversicherer ist sehr gering, sie wird mit höchstens 180 000 angenommen (ANfRV Nr. 12 Beilage S. 597).
12. Vgl. Kaan, Methoden der Bemessung der Prämien und Prämienreserven in der sozialen Versicherung. Gutachten, Denkschriften und Verhandlungen des 6. Internationalen Kongresses für Vers.-Wissenschaft. Wien 1909, S. 133.

cherung verschwinde der Versicherte als Privatperson in der Freiheit seiner Handlungen und seines Vorgehens; man hätte einen passiven Versicherten, für den die anderen handeln, die öffentlichen Gewalten. Die Sozialversicherung habe einen universellen Charakter, sowohl hinsichtlich der Erfassung der Versicherten als auch hinsichtlich der Versicherungsleistungen. Die Sozialversicherung vollziehe sich nicht als Versicherung der Individuen, sondern als Versicherung einer Kollektivität als solche, darin liege ihr Charakter.

Der Versicherungszwang war schon in dem vor der Reichsarbeiterversicherung bestehenden Hilfskassenwesen durch den Gesetzentwurf betr. die eingeschriebenen Hilfskassen, der am 27. Oktober 1875 dem Reichstag zugeleitet wurde und der die Kassen berührte, die die gegenseitige Unterstützung ihrer Mitglieder für den Fall der Krankheit bezweckten, eingeführt worden.[13] Dann machte der erste Entwurf betr. die Versicherung der in Bergwerken, Fabriken und anderen Betrieben beschäftigten Arbeiter gegen die Folgen der beim Betriebe sich ereignenden Unfälle[14] den Versicherungszwang zu seiner Grundlage. Trotz heftiger Opposition der Fortschrittspartei war die Mehrheit des Reichstags mit dem Zwangsprinzip vollständig einverstanden.[15] Von nun an behauptete sich der Versicherungszwang in der Sozialversicherung und er ist wohl heute von allen Seiten als Notwendigkeit anerkannt. Potthoff[16] sieht in der Zwangsversicherung die Auferlegung einer sozialen Pflicht. Soziale Versicherung und das Zwangsprinzip sind zwei heute noch nicht von einander zu trennende Begriffe.

Eine erweiterte Grundlage für die Sozialversicherung schuf die Reichsverfassung vom 11. August 1919. Art. 161 RV. sagt: „Zur Erhaltung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit, zum Schutz der Mutterschaft und zur Vorsorge gegen die wirtschaftlichen Folgen von Alter, Schwäche und Wechselfälle des Lebens schafft das Reich ein umfassendes Versicherungswesen unter maßgebender Mitwirkung der Versicherten". Daneben kommt Art. 119 RV. in Betracht, der als „Aufgabe des Staates und der Gemeinden" „die Gesundung und soziale Förderung der Familie" bezeichnet und „für kinderreiche Familien Anspruch auf ausgleichende Fürsorge" verbürgt. Die Bismarcksche Reichsverfassung enthielt natürlich noch keine Erwähnung der Sozialversicherung, da diese erst später geschaffen wurde.

Hinsichtlich der Aufbringung der Versicherungsmittel ist die Sozialversicherung gleichfalls ihre eigenen Wege gegangen. Nicht

13. Vgl. Drucks. d. R. 1875 Nr. 15.
14. Drucks. d. R. 1881, Nr. 41, Anl. 1.
15. Verh. d. R. Bd. I, S. 673 ff.
16. Kernfragen sozialer Versicherung. Assekuranz Jahrbuch 34. Jahrgang (Wien 1913) S. 78.

allein die Versicherten sind wie in der Privatversicherung zur Aufbringung der Mittel verpflichtet, sondern neben ihnen sind zwei wirtschaftlich sehr mächtige Faktoren an den Versicherungsbeiträgen beteiligt, die öffentliche Hand und die Arbeitgeber.

Die öffentliche Hand gibt der Invalidenversicherung und der Krankenversicherung Reichszuschüsse für die Renten bzw. für jeden Wochenhilfsfall. Unter Zuschüssen der öffentlichen Hand sind jedoch nicht nur unmittelbare Subventionen, sondern auch Garantieübernahme und Darlehen zu verstehen, je nach dem Ausmaß des wirtschaftlichen Opfers, das mit ihnen den Versicherungsträgern gebracht wird. Das Maß der Beteiligung der öffentlichen Hand durch Garantieübernahme und Darlehen entscheidet sich da, wo die Wahrscheinlichkeitsrechnung keine genügend sicheren Grundlagen zur Schätzung des Versicherungsrisikos bietet, oft erst angesichts des entstandenen Defizits. Einer solchen Beteiligung der öffentlichen Hand kann wohl heute kaum ein Versicherungszweig entraten.[17]

Zuerst wurde eine Reichssubvention in der Invalidenversicherung (1889) eingeführt, während in den anderen Sozialversicherungszweigen erst im Laufe der Entwicklung bzw. in Zwangsläufigkeit mit der finanziellen Lage der einzelnen Versicherungsträger eine Reichshilfe eingeführt oder üblich wurde. Für die Subventionen an die Invalidenversicherung waren hauptsächlich die Erwägungen ausschlaggebend, daß die Gesamtheit ein lebhaftes und unmittelbares Interesse daran habe, ein ausreichendes Maß von Fürsorge für den Fall des Alters oder der Invalidität zu erreichen und dadurch die gesamte Erwerbs- und Gesellschaftsordnung zu stützen, und daß durch die Alters- und Invaliditätsversicherung eine erhebliche Erleichterung der öffentlichen Armenpflege erwartet wurde.

In der Kommission und im Plenum des Reichstags wurden erhebliche Anstrengungen gemacht, den Reichszuschuß überhaupt zu beseitigen. Begründet wurde die Auffassung damit, daß der Reichszuschuß doch in letzter Linie von den Steuerzahlern getragen werde, und dies bedeute eine erhebliche Mehrbelastung der schwächeren Schultern. Der Reichszuschuß sei nur geeignet, Unzufriedenheit unter den arbeitenden Klassen hervorzurufen.[18] In der Unfallversicherung konnte sich der Reichszuschuß nicht durchsetzen, da die Industrie allein für die Unfälle aufkommen müsse, die sich als schwer vermeidliche Konsequenzen ihres Betriebes ergeben haben. Wo sie es nicht tut, steigere sie ihren Gewinn auf Kosten unbeteiligter Dritter; dann wälze sie einen Teil dieser Kosten auf andere Klassen ab.

17. Die Angestelltenversicherung hat bis jetzt eine finanzielle Inanspruchnahme des Reiches vermeiden können.
18. Vgl. M. Wagner, a. a. O. S. 156.

Eine Fixierung des Reichszuschusses auf eine im voraus zu bestimmende Summe wurde damit begründet, daß es billig sei, daß das Reich ebenso seine Leistungen an die Versicherung kennen solle wie Arbeitgeber und Versicherte. Das Reich dürfe auch niemals in die Lage kommen, in späteren Zeiten die Zahlung des Reichszuschusses aufzugeben. Außerdem werde ein vom Reich gezahltes Fixum eine beruhigende Wirkung auf Arbeiter und Unternehmer ausüben. Der Reichszuschuß für die Wochenhilfe hat sich als eine Folge der Kriegswochenhilfe erhalten, die angesichts der großen Verluste an Menschenleben im Weltkrieg als Wochenhilfe der Krankenversicherung fortgesetzt wurde. Die Kriegswochenhilfe ging auf Kosten des Reiches. Die besonders starken sozialpolitischen Ideen der Nachkriegszeit gaben einer Beibehaltung der Wochenhilfe besondere Aussichten. Hoffmann gibt folgende Schilderung über die Verankerung der Wochenhilfe in der Sozialversicherung über den Umfang der Vorkriegszeit hinaus, in der nur versicherte Frauen in den Genuß von geringeren Versicherungsleistungen als jetzt für Wochenhilfe kamen. „Immer mehr hat sich im Laufe der Zeit die Überzeugung festgesetzt, daß auch nach Beendigung des Weltkrieges im Hinblick auf die ungeheuren Verluste an Menschenleben die Wochenhilfe im Interesse eines zahlreichen und gesunden Nachwuchses im Umfange der Kriegswochenhilfe beibehalten werden muß. Wenn diesem Verlangen Rechnung getragen werden soll, so wird die Frage nach Schaffung leistungsfähiger Träger für diese Leistungen einer ernsten Prüfung bedürfen. Soll die Gewährung der Wochenhilfe nicht auf die gegen Krankheit versicherten Wöchnerinnen beschränkt bleiben, so werden neben den Krankenkassen andere Träger vorzusehen sein".[19]

Da der Staat im Kriege die Menschenopfer für sich forderte, trägt er die Verpflichtung, für die Heilung dieser Wunden mit eigenen Mitteln einzutreten; hinzu tritt ferner sein Interesse an einem zahlreichen und gesunden Volke. So ist wohl der Reichszuschuß zur Wochenhilfe von allen Subventionen der öffentlichen Hand an die Sozialversicherung der verständlichste und gesundeste. Das Reich wurde zum von Hoffmann gesuchten leistungsfähigen Träger eines Teiles der Aufwendungen für die Wochenhilfe. Die Arbeitgeber sind in allen Sozialversicherungszweigen an der Beitragsaufbringung beteiligt. In der Unfallversicherung bringen die Arbeitgeber allein die Mittel auf, sodaß der eigentliche Versicherungsleistungsempfänger dort überhaupt keine Gegenleistung kennt. Begründet wird die Heranziehung des Arbeitgebers zu den Beitrags-

19. Hoffmann, Die Kriegswochenhilfe. Zeitschr. f. d. ges. Vers.-Wissenschaft, Bd. 16 (Berlin 1916) S. 469.

lasten der Sozialversicherung in der Hauptsache damit, daß er es sei, der den Nutzen aus der Tätigkeit des Arbeitnehmers zieht, sozusagen die Kräfte des Arbeiters verbraucht. Es sei deswegen der Unternehmer verpflichtet, den Arbeitnehmer, wenn dieser verbraucht und dadurch krank sowie nicht mehr voll erwerbsfähig geworden ist, nicht einfach auf die Straße zu setzen und ihn der Allgemeinheit zur Last fallen zu lassen. Der Arbeitgeberbeitrag sei die Prämie für die Ausnutzung der Arbeitskraft des Arbeiters; die Sozialversicherung nehme später den erwerbsunfähigen Arbeiter zu einem Teil auf Kosten des Arbeitgebers in ihre Hut bzw. sie schütze die Arbeitskräfte des Arbeitnehmers durch vorbeugende, die Gesundheit fördernde Maßnahmen. Diese vorbeugende Tätigkeit der Sozialversicherung lasse auch noch den Arbeitgeber den Vorteil gesünderer und arbeitsfreudiger Arbeiter. Potthoff begründet die Beitragspflicht mit folgenden Worten: „Die Beitragspflicht der Unternehmer ist nur die Nutzanwendung eines allgemein üblichen, teilweise gesetzlich vorgeschriebenen kaufmännischen Grundsatzes: Beim Jahresschluße darf das Inventar usw. nur mit dem tatsächlichen Werte eingesetzt, d. h. es muß sachgemäß abgeschrieben werden. Und zwar entsprechend der Wertverminderung durch Abnützung. Auch die menschliche Arbeitskraft ist nicht unvergänglich, auch sie ist einem genau zu berechnenden Verbrauch, einer Abnützung unterworfen. Durch die Versicherungspflicht zwingt der Staat jeden Arbeitgeber, neben dem Entgelt für die in bestimmter Zeit geleistete Arbeit auch eine bescheidene Amortisationsquote für den Verbrauch an Leben und Arbeitskraft zu leisten".[20]

Eine besondere Art einer Zurechnungstheorie bildete sich in der Praxis bei der Bemessung der Höhe der Beiträge heraus, die zu tragen man dem Arbeitgeber in den einzelnen Sozialversicherungszweigen zumutete. Schmittmann gibt darüber folgende Auskunft: „Da die Ursachen der Krankheit nicht lediglich in der Arbeit liegen, sondern mehr noch im allgemeinen Körperzustand, hat bei der Krankenversicherung der Arbeiter selbst den größeren Beitragsteil zu leisten und zwei Drittel der Beiträge aufzubringen. Die Invalidität, der allgemeine Körperverschleiß, ist schon mehr auf das Konto der Berufsarbeit zu setzen. Darum tragen zur Invaliden- und Angestelltenversicherung die Arbeitgeber einen größeren Anteil als zur Krankenversicherung bei, nämlich die Hälfte der Kosten".[21] Die Unfälle entspringen nach dieser Auffassung ganz aus der Berufsarbeit und sind somit dem Arbeitgeber ganz zuzurechnen,

20. A. a. O. S. 78.
21. Schmittmann, Sozialversicherung, Handwörterbuch der Staatswissenschaften, IV. Auflage S. 638.

sodaß in der Unfallversicherung die Arbeitgeber allein die Beiträge zu leisten haben.[22]

Von einer solchen Abwandlung des Zurechnungsproblems wird auch die Veröffentlichung des Internationalen Arbeitsamtes über „Grundprobleme der Sozialversicherung" weitgehend beherrscht. Dort heißt es bei der Betrachtung der Argumente, die für die Beitragspflicht der Unternehmer sprechen: „Von diesen Argumenten ist jenes das wichtigste, welches dahin geht, daß der Betriebsunternehmer zumindest einen Teil der wirtschaftlichen Nachteile der Risiken zu tragen hat, denen die Arbeitnehmer infolge eines Verschuldens des Arbeitgebers ausgesetzt sind. Wird auf die Ursache des Risikos zurückgegangen, so ist zwischen solchen Risiken zu unterscheiden, die Berufsrisiken sind und solchen, die es nicht sind. Es ist in der Tat offensichtlich, daß die Verantwortlichkeit der Wirtschaft nicht bei Betriebsunfällen und gewerblichen Berufskrankheiten Halt machen kann".[23]

Vor kurzem nahm der Referent für Sozialversicherung im Reichsarbeitsministerium, Grieser, eine im Ergebnis der Zurechnungstheorie entsprechende Stellung ein, Gedankengänge, die auch die deutschen Gesetzentwürfe, soweit sie die Beitragsverteilung überhaupt grundsätzlich zu begründen versuchen, aufweisen. Zu diesen Gedanken einer kausalen Zurechnung trat dann als „Überrest aus der sozialethischen Gesinnung der mittelalterlichen Zunftverfassung der patriarchalische Gedanke, dem Arbeitgeber liege schlechthin eine werktätige Fürsorge für den Arbeiter ob, der seine „Kräfte in treuer Hingabe für den Arbeitgeber aufgerieben hat".[24]

Dieser Gedanke ist besonders in die Begründung zum Alters- und Invalidenversicherungsgesetz sowie zur Reichsversicherungsordnung eingegangen.[25]

Von den in der privaten Renten- und Lebensversicherung herrschenden Prinzipien weichen die einzelnen Sozialversicherungszweige, vor allem die Unfall-, Invaliden- und Angestellten-Versicherung auch bezüglich der Finanzsysteme ab. Unter dem Finanzsystem einer Versicherung wird die Art der Berechnung der Leistungen dieser Versicherung und ihre Verteilung auf die Versicherten verstanden. Vor der Inflation waren in der deutschen Sozialversicherung

22. Vgl. Schmittmann, a. a. O. S. 639.
23. Internationales Arbeitsamt. Grundprobleme der Sozialversicherung, Studien und Berichte, Reihe M Nr. 1 S. 55 Genf 1925.
Ferner dasselbe, Die obligatorische Krankenversicherung, Reihe M, Nr. 6 S. 25 und 26, Genf 1927.
24. W. Weddingen, a. a. O. S. 59.
25. Vgl. P. Moldenhauer, Die Stellung des Arbeitgebers in der deutschen Sozialversicherung. Festgabe für A. Manes, Berlin 1927, S. 241.

von den Finanzsystemen sowohl das Anwartschaftsdeckungsverfahren als auch das Kapitaldeckungsverfahren und das Umlageverfahren gebräuchlich. Als aber die Inflation die zum Teil gewaltigen Vermögen und Deckungskapitalien[26] der verschiedenen Versicherungsträger zerstört hatte, mußte man sich in der deutschen Sozialversicherung in seiner Armut mit dem Umlageverfahren allein begnügen, um die Beiträge auf einer einigermaßen tragbaren Höhe zu halten. Heute wenden alle Sozialversicherungsträger das Umlageverfahren an.

Wenn auch die Anwendung des Umlageverfahrens noch einigermaßen durch den Zwangscharakter der Sozialversicherung zu rechtfertigen ist, so verletzt es aber das Aequivalenzprinzip in den sozialen Rentenversicherungen. Während das Kapitaldeckungsverfahren in jeder Versicherungsperiode diejenige Summe aufbringt, die ausreichend ist, um die in der betreffenden Abrechnungsperiode neu entstandenen Renten kapitalistisch abfinden zu können, und das Anwartschaftsdeckungsverfahren darüber hinaus die Anwartschaften aller Nachfolger der Versicherten, die bei dauerndem Bestand der Versicherungseinrichtung noch versicherungspflichtig werden, berücksichtigt, werden bei dem Umlageverfahren in jeder Abrechnungsperiode nur die tatsächlichen Aufwendungen aufgebracht.[27] Die in der Sozialversicherung zur Zeit geltenden Beiträge, auf dem Umlageverfahren beruhend, berücksichtigen nur die Gegenwartsaufwendungen, nicht aber auch diejenigen der Zukunft. Der Versicherte hat aber den Rechtsanspruch auch auf die zukünftigen Rentenleistungen. Da die Beiträge von Arbeitgeber und Arbeitnehmer nur die Gegenleistung für die Versicherungsleistungen in einer Abrechnungsperiode sind, und keine Gegenleistung für die Anwartschaft auf die zukünftigen Renten enthalten, so ist die Verhältnismäßigkeit zwischen Prämie und Versicherungsleistungen bezüglich der Versicherungsleistung „Anwartschaft" nicht gewahrt, denn die Anwartschaft auf zukünftige Renten bedeutet eine Leistung der Versicherung.

Bei einer Versicherungsart, die auf Freiwilligkeit beruht, ist das Umlageverfahren einfach nicht anwendbar, weil eines Tages die Mittel fehlen könnten, um den Verpflichtungen der Versicherung nachkommen zu können. Anders liegen die Verhältnisse dagegen in der Sozialversicherung. Ihr dauernder Bestand ist durch Gesetz gesichert und es wird ihr niemals an Zahlungspflichtigen fehlen,

26. Das für die Bemessung der Beiträge im Regierungsentwurf über die Invaliditäts- und Altersversicherung vom Juli 1888 (vgl. Annalen des Deutschen Reiches, 1888 S. 673 ff.) zugrunde gelegte Prämienverfahren erfuhr heftige Angriffe. Es wurde im Reichstag auf die enorme Ansammlung von Kapitalien hingewiesen.

27. Die Tiefbauberufsgenossenschaft wendet das Kapitaldeckungsverfahren an.

die den Umlagebeitrag aufbringen müssen.[28] Da das Umlageverfahren aber jede Generation mit den Leistungen an die vorhergehenden Generationen des Versichertenbestandes belastet, wird ihm der Vorwurf gemacht, daß es die in der Gegenwart entstandenen Verpflichtungen in unbilliger Weise auf die Zukunft überwälze. Diese Nachteile des Umlageverfahrens werden bei der Invalidenversicherung dadurch etwas gemildert, daß bei ihr das Umlageverfahren durch eine Reservenbildung modifiziert ist. Die Beiträge enthalten Zuschläge, die dem Zweck der Bildung einer Kapitalreserve gewidmet sind, um der Versicherung eine größere Stabilität zu verleihen und die Rückkehr zu dem ursprünglichen System der Anwartschaftsdeckung vorzubereiten. Ob die Reservebildung der durch die Alterszusammensetzung des deutschen Volkes bedingten ständigen Zunahme der Rentenzahl genügend Rechnung trägt, kann nur die Zukunft erweisen.

Fallen die durch Reichszuschuß, Unternehmerbeiträge und Finanzsystem bedingten Abweichungen von dem Prinzip der Gleichheit von Leistung und Gegenleistung unter den Begriff des Aequivalenzprinzips, der sich auf die Gesamtheit der Leistungen der Versicherungsanstalt und der Versicherten bezieht, Kaan[29] nennt diesen Gesichtspunkt den der „Zeit", so sind auch weiterhin Abweichungen von dem Prinzip der Verhältnismäßigkeit von Prämie und Versicherungsleistungen vorhanden, die zwischen den einzelnen Versicherten- und Risikogruppen liegen. Nach Kaan[29] setzt hier die Prüfung des Aequivalenzprinzips im „Raum" ein.

Auf dem 6. Internationalen Kongreß für Versicherungswissenschaft in Wien äußerte sich Kaan dahin, daß man den grundlegenden Unterschied zwischen der vertragsmäßigen (privaten) und obligatorischen (sozialen) Versicherung sofort an dem verschiedenen Verhalten, das diese beiden Arten von Versicherung zu einer Grundfrage der Versicherung einnehme, nämlich zur Frage der Aequivalenz erkennen könne.[30] Es handelt sich darum, inwieweit der Abstufung der Versicherungsbeiträge nach dem Risiko, also nach dem Alter gleichzeitigen Eintritts der Versicherten in das Versicherungsverhältnis, nach ihrem Geschlecht, Körperkonstitution, Familienstand, nach der Unfallsgefahr der Betriebe in der Unfallversicherung, nach der Invaliditätsgefahr verschiedener Berufe in der Invalidenversicherung u. s. w. Rechnung getragen worden ist.

28. Vergl. A. Loewy, a. a. O. S. 183.
29. J. Kaan, Methode der Bemessung der Prämien und Prämienreserven in der öffentlichen (sozialen) Versicherung. Gutachten, Denkschriften und Verhandlungen des 6. Internationalen Kongresses für Versicherungswissenschaft, Wien 1909 S. 135.
30. A. a. O. S. 135.

Durch die Einführung der sogenannten Durchschnittsprämie in der Sozialversicherung unter Ausschaltung eines nach dem Alter, eventuell auch nach einem auf Grund weiterer Gefahrenmomenten abgestuften Tarifes, ergibt sich in der Sozialversicherung eine große Vernachlässigung des einzelnen Risikos, sodaß das hohe Risiko im Verhältnis zu seiner Gefahr zu wenig an Beitrag leistet, während das geringe Risiko verhältnismäßig zu hoch mit Beitragsleistung belastet ist. Durch die Nivellierung des Beitrages auf Grund der Durchschnittsprämie erhält das eine Risiko Vorteile, die zu Lasten eines anderen Risikos gehen.

Eine allerdings nur geringe Berücksichtigung findet die Gefahrenabstufung in der Krankenversicherung durch die Zusammenfassung von Berufskreisen, die im Wesentlichen der gleichen Krankheitsgefahr unterliegen. So bestehen Orts-, Land-, Innungs- und Betriebskrankenkassen sowie knappschaftliche Krankenkassen. Diese Gefahrenabstufung ist eine sehr oberflächliche.

Bei besonders hoher Erkrankungsgefahr einzelner Betriebe kann die Satzung der Krankenkasse eine höhere Bemessung der Beitragsteile des Arbeitgebers zulassen.[31] Durch diese Ermächtigung kann besonders hoher Erkrankungsgefahr Rechnung getragen werden. Ferner erfährt in der Arbeitslosenversicherung das Risiko der Angehörigen von Berufen, in denen eine wiederkehrende Arbeitslosigkeit berufsüblich ist, eine besondere Behandlung.

Außer diesen genannten, an und für sich nicht sehr tiefgreifenden Berücksichtigungen von besonders gearteten Risiken läßt die Durchschnittsprämie keine weiteren Abstufungen zu. Eine Beitragsabstufung nach dem Alter gilt als sozialpolitisch bedenklich. Erscheinungen, wie die „notleidenden Risiken" der Privatversicherung, sollen in der Sozialversicherung ausgeschlossen sein.

Die Durchschnittsprämie verhindert in der Sozialversicherung bewußt eine Berücksichtigung jedes Risikos auf seine Gefährlichkeit hin. Es ist eine unausbleibliche Folge, daß bei der Durchschnittsprämie die guten Risiken mit einem Teil der Lasten beschwert werden, die die schlechten Risiken durch ihre Gefährlichkeit der Versicherung mitbringen.

Die einzige Differenzierung der Beiträge findet nach der Einkommenshöhe der Versicherten statt. Mit der Höhe des Einkommens steigt auch die Beitragsleistung. Es steigen weiterhin die Versicherungsleistungen, d. h., der mehr Beitrag zahlende Versicherte erhält auch mehr an Versicherungsleistungen als der Versicherte mit niedrigerem Einkommen und dementsprechend geringeren Beitrag. Die

31. Vgl. § 384 R.V.O.

Steigerung der Versicherungsleistungen bleibt jedoch hinter der Steigerung der Beitragsleistungen zurück.

Die Versicherungsleistungen in der sozialen Krankenversicherung und Invalidenversicherung sind in dieser Hinsicht nicht von einheitlicher Struktur. Sie enthalten einen von der Beitragshöhe unabhängigen Teil, während die Ausmaße des anderen Teils durch die Beitragshöhe bedingt sind.

In der Krankenversicherung sind die Sachleistungen von der Einkommens- und Beitragshöhe unabhängig, in der Invalidenversicherung sind dieses der Reichszuschuß und der Grundbetrag der Renten; in der Angestelltenversicherung und in der knappschaftlichen Pensionsversicherung sind nur die Grundbeträge der Renten von dieser Unabhängigkeit.

Dagegen sind von Einkommens- und Beitragshöhe abhängig in der Krankenversicherung die sogenannten Barleistungen wie Krankengeld, Wochengeld u. s. w., bei den Rentenversicherungen die Steigerungsbeträge.

Die Benachteiligung der höheren Einkommen gegenüber den niederen ist versicherungstechnisch erforderlich, um die von der Beitragshöhe unabhängigen Versicherungsleistungen, die bei den niederen Einkommensklassen relativ hoch sind, überhaupt zu ermöglichen, da die Beitragsleistungen der niederen Einkommen allein nicht ausreichen würden, diese Versicherungsleistungen zu gestatten. Dieses synallagmatische Verhältnis von Leistung und Gegenleistung ist eine Folge der grundlegenden Elemente der Sozialversicherung, die versicherungstechnisch in der Gruppensolidarität und allgemein ausgedrückt in dem Grundsatz „einer für alle und alle für einen" ihren Ausdruck finden.

Eine Anerkennung des Proportionalitätsprinzips ist in der sozialen Unfallversicherung zu finden. Es besteht dort auf Grund der vervollkommneten Unfallstatistik eine Differenzierung der Beitragsleistungen, nach der verschiedenen Unfallsgefahr der einzelnen Betriebe, wie sie die private Kollektiv-Unfallversicherung weitgehender auch nicht besitzt. Die Gefahrentarife mit ihrer Berücksichtigung besonderer Betriebsverhältnisse geben die Gewähr für eingehende und richtige Beurteilung des Risikos. Obwohl die Heranziehung der Betriebe zu den Lasten der Berufsgenossenschaften nach ihrer Unfallgefährlichkeit nicht so weit getrieben werden darf, daß für jeden einzelnen Betrieb die ihm eigentümliche Gefährlichkeit festgestellt und dann hiernach der Umlagebeitrag berechnet wird, da einem solchen Verfahren das „genossenschaftliche Prinzip" [32]

32. Vgl. K. Hartmann, Das Gefahrtarifwesen und die Beitragsberechnung der Unfallversicherung des Deutschen Reiches. Berlin 1913, S. 6.

entgegensteht, das der Unfallversicherung zugrunde liegt und das eine gemeinsame Tragung der Lasten innerhalb bestimmter Betriebsgruppen verlangt, steht doch die soziale Unfallversicherung bezüglich ihrer Beitragsdifferenzierung der Privatversicherung am nächsten.

Öffentliche Hand, Arbeitgeber und Arbeitnehmer teilen sich in die Aufbringung der Mittel für die Sozialversicherung. Die Sozialversicherungsträger leisten nun diese Mittel an die Versicherten in Form von Versicherungsleistungen zurück. Die Beitragsleistung der Arbeitnehmer ist um den Reichszuschuß und den Arbeitgeberanteil geringer, die Versicherungsleistungen an die Arbeitnehmer übersteigen jedoch deren Leistungen um die Gegenleistungen für den Reichszuschuß und den Beitragsanteil der Arbeitgeber. Die Arbeitnehmer erhalten also zusätzliche Versicherungsleistungen, auf die sie, gemessen an ihrer Beitragszahlung, keinen Anspruch hätten.

Die Versicherungsleistungen, die die Versicherten in der Invalidenversicherung und in der Krankenversicherung bei Wochenhilfsfällen empfangen, setzen sich aus drei Teilen zusammen; aus den Gegenleistungen für die Beiträge der Versicherten, aus den Gegenleistungen für die Beitragszahlungen der Arbeitgeber und aus den Reichszuschüssen.

Eine Zweiteilung der Versicherungsleistungen besteht in der Krankenversicherung ohne Wochenhilfe einschl. der knappschaftlichen Krankenversicherung, in der Angestellten- und knappschaftlichen Pensionsversicherung sowie in der Arbeitslosenversicherung. Die beiden Teile der Versicherungsleistungen sind die Gegenleistungen der Versicherungsträger für die Beiträge der Versicherten und für die Beiträge der Arbeitgeber.

In der Unfallversicherung allein ist als Versicherungsleistung nur die Gegenleistung für den Arbeitgeberanteil möglich. Dort ist der Arbeitgeber der alleinige zur Aufbringung der Deckungsmittel Verpflichtete. Unmittelbar erhält der Arbeitnehmer Versicherungsleistungen, für die er überhaupt keine Gegenleistungen aufzubringen hat. Es kann aber der Verlust des allgemeinen zivilrechtlichen Anspruches, den der Arbeitnehmer gegen den Arbeitgeber bei Eintritt eines Unfalles erlangt, als Gegenleistung der Versicherten angesehen werden. Durch das Unfallversicherungsgesetz ist dieser zivilrechtliche Schadensersatzanspruch, der dem Arbeitnehmer im Besonderen auch durch das Reichshaftpflichtgesetz gegeben war, abgelöst worden.[33] In der Unfallversicherung, wo nach der juristischen Lage ein unmittelbares Versicherungsinteresse auch der Arbeitgeber durch ihre gesetzliche Unfallhaftpflicht besteht, treten die Arbeitgeber nicht wie in den anderen Sozialversicherungszwei-

33. Vgl. M. Wagner, a. a. O. S. 46 ff.

gen als scheinbar nur Gebende, sondern in einer auch für die kritisierte Grundauffassung erkennbaren Weise zugleich auch als Nehmende in die Gefahrengemeinschaft der Versicherung ein. Insofern ist, juristisch gesehen, die Unfallversicherung zutreffend als eine Kombination von Haftpflichtversicherung der Arbeitgeber und Unfallversicherung der Arbeitnehmer, oder besonders kennzeichnend auch als reine „Selbsthilfeorganisation der Unternehmer zur Ablösung ihrer Pflichten gegenüber ihren verunglückten Arbeitern"[34] bezeichnet.

Derartige Teilungen der Versicherungsleistungen sind in der Privatversicherung nicht zu finden. Hier erhält der Versicherte an Versicherungsleistungen nur zurück, was der Verhältnismäßigkeit seiner Prämienzahlung entspricht. Zuschüsse und Beitragsleistung von dritter Seite sind in der Privatversicherung unbekannt und würden auch nicht mit dem Wesen der Privatversicherung übereinstimmen. Man unterscheidet somit in der Sozialversicherung zwei Prinzipien, das Versicherungsprinzip, das den Teil der sozialen Versicherung umfaßt, in dem den Versicherungsleistungen äquivalente Gegenleistungen der Versicherten gegenüberstehen. Wo das nicht der Fall ist, also zusätzliche Leistungen den Versicherten von Seiten des Versicherers gewährt werden, ist das Versorgungsprinzip zu Hause.[35]

Von allen Zweigen der Sozialversicherung ist folgendes zu sagen. Je mehr die staatliche Zwangsversicherung zu einer Massenversicherung wird und durch das Zwangsprinzip der Bestand der Versicherung von zufälligen Schwankungen und Veränderungen losgelöst wird, desto weiter entfernt sie sich von den Gesetzen, die für die Privatversicherung gelten. Die Sozialversicherung zwingt den Versicherungstechniker, neue Methoden zu suchen, um der Eigenart dieser sozialen Massenversicherung gerecht zu werden.

Die Privatversicherung dagegen, auf sich selbst gestellt, kann es wohl zu versicherten Arbeitern, nicht aber zu einer allgemeinen Versicherung des Arbeiterstandes bringen. „Beileibe nicht aus ihrer Schuld, sondern weil die Arbeiterschaft als Ganzes genommen niemals kraft eigener Energie ihr Versicherungsbedürfnis wird zu befriedigen vermögen und ihr, solange diese Befriedigung der freien Entschließung des einzelnen überlassen bliebe, auch die Mittel zu derselben nicht zur Verfügung stünden. Denn nur durch die Allgemeinheit der Versicherung werden die Beiträge zur Arbeiterversicherung Bestandteile des normalen Lohnniveaus. Darum kann die Sozialversicherung der Intervention des Staates nicht entraten,

34. Vgl. Schmittmann, Art. Sozialversicherung a. a. O. S. 639; ferner W. Weddigen a. a. O. S. 55. J. Kaan a. a. O. S. 136.

35. Vgl. P. Moldenhauer, Versicherungs- oder Versorgungsprinzip. Zeitschrift f. d. ges. Vers.-Wissenschaft Bd. 22 (Berlin 1922); W. Weddigen a. a. O.

darum bedarf sie des gesetzlichen Zwanges, der, indem er zu ausreichender Fürsorge für die Zukunft nötigt, zugleich die Mittel zu dieser Fürsorge schafft."[36]

36. Klang, Die wirtschaftlichen Beziehungen zwischen der öffentlichen und privaten Versicherung. Gutachten, Denkschriften und Verhandlungen des sechsten Internationalen Kongresses f. Vers.-Wissenschaft, Wien 1909 S. 229.

III. Teil.

Die Abweichungen vom Prinzip der Verhältnismäßigkeit von Prämie und Versicherungsleistungen in den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung.

1. Kapitel.

Die Krankenversicherung.

Bei der sozialen Krankenversicherung handelt es sich um die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit im Falle ihrer Störung durch Krankheiten, sowie um die Sicherung einer angemessenen Versorgung während der Dauer dieser Störung.

Die Krankenkassen sind zu einer Krankenhilfe im gesetzlich vorgeschriebenen Umfang verpflichtet. Über diese Mindest- oder Pflichtleistungen hinaus können die Kassen — innerhalb des von der R.V.O. umschriebenen Rahmens — ihren Mitgliedern noch Mehrleistungen zukommen lassen.[1] Gegenstand der Versicherung sind Leistungen an Krankenhilfe, Wochenhilfe, Sterbegeld und Familienhilfe.

Die Mittel für die Krankenversicherung sind von den Arbeitgebern und den Versicherten aufzubringen. Versicherungspflichtige haben zwei Drittel, ihre Arbeitgeber ein Drittel der Beiträge zu zahlen. Die Beiträge sind in Hundertsteln des Grundlohns zu bemessen. Als Grundlohn gilt der auf den Kalendertag entfallende Teil des Arbeitsentgelts. Für die Berechnung des Grundlohnes sind nach der R.V.O. drei Verfahren gegeben, nach dem wirklichen Arbeitsverdienst, nach Lohnstufen und nach Mitgliederklassen. Die einzelnen Krankenkassen können unter diesen Verfahren wählen, welches sie für die Grundlohnermittlung anwenden wollen, und so

1. Durch die vierte Verordnung des Reichspräsidenten zur Sicherung von Wirtschaft und Finanzen und zum Schutze des inneren Friedens vom 8. Dez. 1931 (R.G.Bl. I. S. 699 ff.) wurde in Teil V, Kapitel I Abschnitt 2 § 1 bestimmt, daß bis zu einer anderweitigen gesetzlichen Regelung die Leistungen aus der Krankenversicherung auf die Regelleistungen beschränkt werden (Auch für die Ersatzkassen). Mehrleistungen bedürfen der Zustimmung des Oberversicherungsamtes. Für die knappschaftliche Krankenversicherung desgl. a. a. O. Kapitel III§ 3.

ist jedes Verfahren mehr oder weniger häufig in der Ausübung zu finden.[2]

I. Leistung und Gegenleistung bei den verschiedenen Grundlohnklassen.

Die Leistungen der Krankenversicherung sind in zwei Gruppen zu teilen. Einmal in solche Versicherungsleistungen, die nach dem Grundlohn bemessen werden.[3] Sie sollen als grundlohnabhängige Versicherungsleistungen bezeichnet werden. Die andere Gruppe besteht aus allen anderen Aufwendungen der Krankenkassen, einschl. der Verwaltungskosten; diese Versicherungsleistungen sind von der Grundlohnhöhe völlig unabhängig.

Die erstere Art von Leistungen umfaßt ausschließlich Barleistungen. Barleistungen sind bei der Krankenhilfe das Krankengeld, das Hausgeld und das Taschengeld; bei der Wochenhilfe das Schwangerengeld, das Wochengeld und das Stillgeld. Weitere Barleistung ist auch das Sterbegeld.[4]

Die Reichsstatistik[5] holt in ihrer Zusammenstellung diese vom Grundlohn abhängigen Barleistungen nicht völlig aus dem übrigen Aufwand der Krankenversicherung heraus. Bei der Wochenhilfe sind sie mit den Sachleistungen zusammengeworfen. Doch können aus den sonst gegebenen Unterlagen bei der Wochenhilfe die vom Grundlohn abhängigen Barleistungen aus den Gesamtaufwendungen rechnerisch ausgeschieden werden. Aus diesen Berechnungen ergeben sich für das Jahr 1929 als grundlohnabhängige Versicherungsleistungen auf je RM. 100.— Grundlohnsumme bezogen, bei den reichsgesetzlichen Krankenkassen die in Tabelle 1 wiedergegebenen Werte.

2. Vgl. §§ 179 Abs. 3, 380, 381, 385 Abs. 1, 180 Abs. 1 und 2 R.V.O. Von den reichsgesetzlichen Krankenkassen ohne Reichsknappschaft, einschl. der Seekrankenkassen bestimmten im Jahre 1929 den Grundlohn nach dem wirklichen Arbeitsverdienst 25,8 v. H.; nach Lohnstufen 76,3 v. H.; nach Mitgliederklassen 5,2 v. H. (Statistik des Deutschen Reiches 369 S. 11 Übersicht 16).
3. Vgl. § 180 Abs. 1 R.V.O.
4. Vgl. §§ 182 Abs. 2, 186, 194, 195a, 201 R.V.O.
5. Für die Berechnung der Leistungen in der Krankenversicherung gibt die Reichsstatistik über die Krankenversicherung 1929, Statistik des Deutschen Reiches Bd. 369, die erforderlichen Grundlagen. Aufschlußreich sind dort die Angaben über das Verhältnis der Versicherungsleistungen zu den Grundlöhnen der Versicherten. So wurden auch in den folgenden Tabellen zum größten Teil die Versicherungsleistungen auf je RM. 100.— Grundlohnsumme bezogen.

1. Grundlohnabhängige Barleistungen auf je RM. 100.— Grundlohnsumme bezogen.[6]

Für	Orts-Kranken-Kassen	Land-Kranken-Kassen	Betriebs-Kranken-Kassen	Innungs-Kranken-Kassen	Reichsges. Kranken-Kassen*)	See-Kranken-Kassen	Reichsknappschaftliche Arbeiter-Kranken-Kassen	Reichsknappschaftliche Angestellten-Kassen	Reichsknappschaftl. Kranken-Kassen
Krankengeld	2,19	1,09	2,66	2,17	2,25	2,89	3,17	0,56	3,02
Wochengeld usw.	0,20	0,34	0,15	0,10	0,19	0,02	0,10	0,12	0,10
Sterbegeld	0,07	0,05	0,09	0,07	0,08	0,06	0,08	0,11	0,08
Insgesamt grundlohnabhängige Leistungen	2,46	1,48	2,90	2,34	2,52	2,97	3,35	0,79	3,20

*) Ohne Reichsknappschaft einschl. See-Krankenkasse.

Diesen grundlohnabhängigen Barleistungen stehen die übrigen Ausgaben der Krankenversicherung gegenüber, die, abgesehen von den Verwaltungskosten und einem Teil der Wochenhilfe, der Regel nach Sachleistungen darstellen. Es sind dieses folgende nichtgrundlohnabhängige Versicherungsleistungen (Tabelle 2).

2. Nichtgrundlohnabhängige Leistungen auf je RM. 100.— Grundlohnsumme bezogen.[7]

Für:	Orts-Kranken-Kassen	Land-Kranken-Kassen	Betriebs-Kranken-Kassen	Innungs-Kranken-Kassen	See-Kranken-Kassen	Reichsges. Kranken-Kassen*)	Reichsknappschaftliche Arbeiter Krankenkassen	Reichsknappschaftliche Angestellten-Krankenkassen	Reichsknappschaftl. Krankenkassen
Krankenpflege	3,22	3,87	3,18	2,93	3,20	3,23	2,88	4,68	2,98
Sonderwochenhilfe	0,09	0,22	0,07	0,04	0,02	0,09	0,09	0,07	0,09
Allg. Fürsorge	0,04	0,02	0,04	0,02	0,01	0,03	0,01	0,01	0,02
Verwalt. kosten	0,51	0,69	0,06	0,50	0,46	0,42	0,33	0,37	0,33
Sonstige Ausgab.	0,06	0,05	0,04	0,05	—	0,05	0,02	0,03	0,02
Insgesamt:	3,92	4,85	3,39	3,54	3,69	3,82	3,33	5,16	3,44

*) Ohne Reichsknappschaft einschl. See-Krankenkasse.

6. Vgl. „Leistung und Gegenleistung in der Krankenversicherung". „Soziale Zukunft", Jahrgang 1930 Nr. 2 S. 9 ff.
Reichsstatistik Bd. 369 S. 23, Übersicht 40.
Die in den Tabellen enthaltenen Zahlen erheben nur den Anspruch auf Meßzahlen. Sie sollen keine absoluten Werte darstellen, obwohl in der Praxis von ihnen keine besonders großen Abweichungen bestehen werden.
7. Statistik Bd. 369 S. 23 Übersicht 40.

Als Gesamtaufwendungen für den Versicherungsbetrieb allein, also ohne Vermögensanlagen ergeben sich aus der Addition beider Arten von Aufwendungen für die Ortskrankenkassen RM. 6.38, Landkrankenkassen RM. 6.33, Betriebskrankenkassen RM. 6.29, Innungskrankenkassen RM. 5.88, Seekrankenkasse RM. 6,66, reichsgesetzliche Krankenkassen ohne Reichsknappschaft einschließl. Seekrankenkasse RM. 6.34, knappschaftl. Arbeiterkrankenkassen RM. 6.68, Angestelltenkrankenkassen RM. 5.95, reichsknappschaftliche Krankenkassen zusammen RM. 6.64.

Den durchschnittlichen Versicherungsbeitrag für je RM. 100.— Grundlohn, der mit Hilfe des durchschnittlichen Jahresgrundlohnes je Mitglied errechnet wurde, zeigt Tabelle 3, aus der auch der Jahresgrundlohn ersichtlich ist.

3. Durchschnittlicher Jahresgrundlohn je Mitglied sowie durchschnittlicher Versicherungsbeitrag, letzterer auf je RM. 100.— Grundlohnsumme bezogen.

	Orts-Kranken-Kassen	Land-Kranken-Kassen	Betriebs-Kranken-Kassen	Innungs-Kranken-Kassen	See-Kranken-Kassen	Reichsges.-Kranken-Kassen*)	Reichsknappschaftliche Arbeiter Krankenkassen	Reichsknappschaftliche Angestellten-Krankenkassen	Reichsknappschaftl. Krankenkaseen
	RM	RM	RM	RM	RM	RM	RM	RM	RM
1. Jahres 7a) Grundlohn	1439	806	1984	1636	2186	1477	2358	3311	2300
2. Versich. Beitrag	6,50	6,44	6,39	5,96	5,98	6,45	7,64	6,50	7,58

*) Ohne Reichsknappschaft einschl. See-Krankenkasse.

Aus der Summe der grundlohnabhängigen und nichtgrundlohnabhängigen Versicherungsleistungen können nun mit Hilfe des in Tabelle 3 angeführten durchschnittlichen Jahresgrundlohns die durchschnittlichen Werte für beide Arten von Versicherungsleistungen errechnet werden. Dieser Rechnungsvorgang ergibt die Durchschnittskosten je Versicherten in den verschiedenen Kassenarten (Tabelle 4 Zeile 1).

Diesen Durchschnittskosten kann der durchschnittlich aufkommende Versicherungsbeitrag je Versicherten gegenübergestellt werden, der aus dem Beitragssatz der Tabelle 3 Zeile 2 mit Hilfe des durchschnittlichen Jahresgrundlohns bestimmt werden kann. (Tabelle 4 Zeile 2).

7a. Statistik Bd. 369 S. 14, Übersicht 22.

4. Durchschnittskosten und Durchschnittsbeitrag je Mitglied.

	Orts-Kranken-Kassen	Land-Kranken-Kassen	Betriebs-Kranken-Kassen	Innungs-Kranken-Kassen	See-Kranken-Kassen	Reichsges. Kranken-Kassen*)	Reichsknappschaftliche Arbeiter Krankenkassen	Reichsknappschaftliche Angestellten-Krankenkassen	Reichsknappschaftl. Kranken-Kassen
	RM	RM	RM	RM	RM	RM	RM	RM	RM
1. Durchschnittskosten je Mitglied									
a) grundlohnabhängig	35,40	11,93	57,54	38,28	64,92	37,22	78,99	26,16	73,60
b) nichtgrundlohnabhäng.	56,41	39,09	67,26	57,91	88,66	56,42	78,52	170,85	79,12
Insgesamt:	91,81	51,02	124,80	96,19	145,58	93,64	157,51	197,01	152,72
2. Durchschnittl. Beitrag je Mitglied [7b])	93,54	51,91	126,78	97,51	130,72	95,27	180,15	215,22	174,34
Differenz zwischen Beitrag u. Versicherungsleistung.	1,73	0,89	1,98	1,32	14,86	1,63	22,64	18,21	21,62

*) Ohne Reichsknappschaft einschl. See-Krankenkasse.

In der dritten Zeile der Tabelle 4 ist die Differenz zwischen den Durchschnittskosten und dem Durchschnittsbeitrag je Mitglied enthalten. Dort, wo der Beitrag größer ist als die Versicherungsleistung, hat die Differenz ein positives Vorzeichen, dort, wo die Versicherungsleistung größer als der Beitrag ist, ein negatives Vorzeichen erhalten.

Es zeigt sich, daß die Durchschnittsbeiträge die durchschnittlichen Versicherungsleistungen bei allen Kassen mit Ausnahme der Seekrankenkasse um ein Geringes übersteigen, bei den knappschaftlichen Kassen dagegen erheblich.

Aber zwischen den einzelnen Grundlohngruppen weist das Verhältnis von Leistung zu Gegenleistung ganz große Unterschiede auf.

Die Aufwendungen für die grundlohnabhängigen Versicherungsleistungen laufen den Versicherungsbeiträgen parallel. Die nicht vom Grundlohn abhängigen Leistungen bleiben dagegen völlig unabhängig vom Beitragsaufkommen des einzelnen Versicherten. Bei den Grundlohnstufen, die vom Durchschnittslohn abweichen, übersteigen die nichtgrundlohnabhängigen Versicherungsleistungen die Beiträge, bleiben jedoch auch hinter ihnen zurück.

7b. Vgl. auch Jahrbuch für Krankenversicherung für 1930. Herausgegeben vom Hauptverband Deutscher Krankenkassen e. V., Berlin 1931 Übersicht S. 30.

Um darzutun, wieweit solche Abweichungen vorhanden sind, ist die folgende Tabelle 5 angefertigt worden. Es genügt, die Durchschnittszahlen für alle reichsgesetzlichen Krankenkassen einschließlich der Seekrankenkasse ohne Reichsknappschaft zugrunde zu legen. Bei den einzelnen Krankenkassenarten liegen ungefähr die gleichen Verhältnisse vor, wie aus den Tabellen des Anhanges ersichtlich ist.[8]

Wie aus den vorhergehenden Angaben (Tabellen 1, 2, 3) hervorgeht, beträgt bei den reichsgesetzlichen Krankenkassen die Beitragseinnahme auf je RM. 100.— Grundlohnsumme bezogen RM. 6.45. Die Gesamtausgaben auf je RM. 100.— Grundlohnsumme bezogen betragen:

a) vom Grundlohn abhängige Versicherungsleistungen RM. 2.52
b) vom Grundlohn unabhängige Leistungen RM. 3.82

Umgerechnet auf das Jahr 1929 entspricht obiger Betrag der nichtgrundlohnabhängigen Versicherungsleistungen einer Durchschnittsausgabe von RM. 56.42 je Mitglied (Tabelle 4) bei der im Jahre 1929 durchschnittlichen Zahl und Dauer der Krankheitsfälle.

Die folgende Tabelle 5 ist nun aus diesen Zahlen berechnet und zusammengestellt worden. Sie enthält in der Zeile 1 den der Berechnung zugrundegelegten Jahresgrundlohn; in der Zeile 2 den auf Grund des Durchschnittsbeitragssatzes von 6,45 v. H. errechneten Jahresbeitrag; in Zeile 3 die vom Grundlohn abhängigen Versicherungsleistungen, die gleichfalls aus dem durchschnittlichen Wert von RM. 2.52 auf je RM. 100.— Grundlohnsumme errechnet sind. Zeile 4 ergibt den Unterschied zwischen Zeile 2 und 3, also denjenigen Betrag, den der Versicherte zur Bestreitung der nichtgrundlohnabhängigen, für alle Lohnklassen gleichen Ausgaben beiträgt.

In Zeile 5 sind diese durchschnittlichen, nichtgrundlohnabhängigen Ausgaben mit RM. 56.42 eingesetzt.

Die Differenz zwischen Zeile 5 und Zeile 4 ergibt schließlich das finanzielle Ergebnis für die Krankenkasse, also entweder einen Fehlbetrag oder einen Überschuß. Zur besseren Kenntlichmachung ist vor jeden Fehlbetrag ein Minuszeichen, vor jeden Überschußbetrag ein Pluszeichen gesetzt worden.

Ein Fehlbetrag ist nun gleichbedeutend mit einem Zuschußbedarf der Krankenkasse, ein Überschuß bedeutet eine Mehrleistung des Versicherten an die Kassen.

Die Angaben beziehen sich auf den Durchschnittsversicherten mit durchschnittlicher Krankheitshäufigkeit und Dauer.

8. Siehe Anhang.

5. Fehlbetrag oder Überschuß bezüglich der nichtgrundlohnabhängigen Versicherungsleistungen.

Reichsgesetzliche Krankenkassen einschl. Seekrankenkasse oh. Reichsknappschaft.					
1. Jahresgrundlohn	600	900	1800	3600	6000
2. Jahresbeitrag	38,70	58,05	116,10	232,20	387.—
3. Grundlohnabhäng. Leistungen	15,12	22,68	45,36	90,72	151,20
4. Beitrag der Versicherten zu den nichtgrundlohnabhängigen Versicherungsleistungen	23,58	35,37	70,74	141,48	236,60
5. Nichtgrundlohnabhäng. Versicherungsleistungen	56,42	56,42	56,42	56,42	56,42
6. Fehlbetrag oder Überschuß	— 32,84	— 21,05	+ 14,32	+ 85,06	+ 180,13

Aus dieser Zusammenstellung ist ersichtlich, daß bei einer Grundlohnstufe von RM. 600.— der Beitrag jedes Versicherten um RM. 32.84 hinter den auf dieses Mitglied entfallenden Versicherungsleistungen zurückbleibt, ein ähnliches Bild zeigt sich auch noch bei einer Grundlohnstufe von RM. 900.—, bei der der jährliche Fehlbetrag, den dieser Versicherte der Krankenkasse durchschnittlich verursacht, RM. 21.05 beträgt. Bei einem Jahresgrundlohn von RM. 1800.— bildet sich dagegen bereits ein Überschuß von jährlich RM. 14.32 heraus. Dieser steigert sich bei den Versicherten in der Grundlohnstufe von RM. 3600.— auf RM. 85.06.

Der Überschuß würde bei einer Unterwerfung der Gehälter bis RM. 6000.— unter die Versicherungspflicht für diese Höchststufe auf RM. 180.18 ansteigen.[9]

Bei den reichsknappschaftlichen Krankenkassen liegen ungefähr die gleichen Verhältnisse vor. Leistung und Gegenleistung befinden sich dort in der Nähe der Grundlohnstufe von RM. 1800.— im Gleichgewicht.[10]

Die höheren Lohn- und Gehaltsgruppen sind gezwungen, bedeutend mehr an Beiträgen zu leisten, als es den ihnen zukommenden Versicherungsleistungen entspricht. Diese Mehrleistung ist erforderlich, um einen Ausgleich zu schaffen mit den unteren Gehaltsklassen, die weniger Beiträge einzahlen, als sie von ihrer Kranken-

9. Die Grundlohnstufe von RM. 6000.— wurde in die Betrachtungen mit einbezogen in Rücksicht auf die Bestrebungen, die Versicherungspflicht bis zu dieser Einkommenshöhe auszudehnen.
10. Vgl. Anhang.

kasse an Leistungen zurückerhalten. Die Mehrleistungen an Beiträgen durch die höheren Lohnklassen ermöglichen es erst, bei den unteren Lohnklassen den Umfang der Versicherungsleistungen an diese aufrecht zu erhalten, die heute gewährt werden.

Bei Versicherten, deren Löhne dem Durchschnittseinkommen entsprechen, stehen Leistung und Gegenleistung ungefähr im Gleichgewicht. Je weiter jedoch der Jahresgrundlohn nach unten abweicht, desto größer ist der Zuschußbedarf der Krankenkasse; je weiter der Jahresgrundlohn nach oben abweicht, desto größer ist der Überschußbetrag.

Ein Krankenkassenmitglied, das bei einem Jahresgrundlohn von RM. 3600.— und einem durchschnittlichen Beitragssatz von 6,45 v. H. des Grundlohns einen Jahresbeitrag von rund RM. 232.20 leistet, erhält von diesem Beitrag rund RM. 90.— in Form von Barleistungen und rund RM. 56.— als Sachleistungen zurück, insgesamt also RM. 146.—, während rund RM. 86, also rund 37 v. H. der bezahlten Beiträge zuviel geleistet und zur Gewährung von Versicherungsleistungen an Kassenmitglieder verwendet werden, die weniger als den Durchschnittsbeitrag zahlen.

Noch eindringlicher wäre das Mißverhältnis zwischen zurückfließenden und verlorengehenden Beitragsleistungen bei Versicherten mit einem Jahresgrundlohn von RM. 6000.—. Wiederum in runden Zahlen gerechnet, wäre der Jahresbeitrag RM. 387.—. An diese Versicherten würden RM. 151.— für bare Leistungen und RM. 56.— für Sachleistungen, zusammen RM. 207.— zurückfließen, während RM. 180.— gleich 46,5 v. H. des geleisteten Beitrags zuviel an Beitrag gezahlt werden, ein Betrag, der fast die Höhe der Versicherungsleistungen erreicht.

II. Leistung und Gegenleistung bei männlichen und weiblichen Versicherten.

Wenn in den vorhergehenden Ausführungen gezeigt wurde, daß bei den verschiedenen Einkommensklassen der Versicherten in der Krankenversicherung das Verhältnis von Leistung und Gegenleistung ein sehr unterschiedliches ist und vom versicherungswirtschaftlichen Prinzip der Verhältnismäßigkeit von Prämie und Versicherungsleistungen abweicht, werden die folgenden Untersuchungen ergeben, daß auch innerhalb einer jeden Grundlohnklasse bei gleicher Beitragsleistung die Versicherungsleistungen an die Versicherten verschiedenen Geschlechts nicht gleich sind.

Die Krankenversicherung bevorzugt die weiblichen Versicherten gegenüber den männlichen insofern, als sie den weiblichen Versicherten außer den für beide Geschlechter gleichen Versicherungs-

leistungen noch Wochenhilfe zubilligt.[11] Diese besteht in der Hauptsache aus dem Schwangerengeld, Wochengeld, Stillgeld und aus gewissen Sachleistungen.

Da die weiblichen Versicherten trotz dieser erhöhten Versicherungsleistungen zunächst formell die gleichen Beiträge bezahlen wie die männlichen Versicherten, so ergibt sich, daß die weiblichen Versicherten ein Mehr an Versicherungsleistungen zurückerhalten gegenüber den männlichen Versicherten.

In der Praxis liegen nun die Verhältnisse so, daß die weiblichen Versicherten meist zu den niedrigen Lohnklassen zählen werden, weil Frauenarbeit allgemein niedrig bewertet wird. Die Mehrzahl der männlichen Versicherten wird sich durchschnittlich in höheren Lohnklassen bewegen und demgemäß auch höhere Beiträge zu leisten haben als die weiblichen Versicherten, die außerdem noch die Versicherungsleistungen für die Wochenhilfe beziehen können.

Diese unterschiedlichen Lohnklassenverhältnisse sind in den nachfolgenden Ausführungen nicht berücksichtigt worden. Es soll nur darauf hingewiesen sein, daß in der Praxis unter Umständen die nachstehenden Ergebnisse sich in dieser Richtung noch verändern können.

Den Berechnungen sind wiederum die Angaben der Reichsstatistik für die Krankenversicherung vom Jahre 1929 zugrunde gelegt worden, und soweit passende Angaben nicht vorhanden waren, wurden diese aus den gegebenen Unterlagen selbst ermittelt. Die Werte sind meist auf RM. 100.— Grundlohnsumme bezogen oder als Durchschnittswerte angegeben worden.

Die Reichsstatistik weist die Ausgaben für Wochenhilfe für Mitglieder nach Barleistungen und Sachleistungen getrennt aus. Es ist zu unterscheiden zwischen der Wochenhilfe für Versicherte und der Wochenhilfe für versicherungsfreie Angehörige der Versicherten, deren weibliche Angehörigen im Rahmen der Familienhilfe gleichfalls Wochenhilfe erhalten. Mit Hilfe der Zahl der weiblichen Versicherten und dem durchschnittlichen Jahresgrundlohn je Mitglied wurde die Gesamtgrundlohnsumme der weiblichen Versicherten berechnet. Diese Gesamtgrundlohnsumme ließ eine Ermittlung des grundlohnabhängigen Wochengeldes und der nicht grundlohnabhängigen Wochenhilfe, auf je RM. 100.— Grundlohnsumme bezogen, zu.[12]

Für die einzelnen Krankenkassenarten zeigen sich die Ausgaben der Wochenhilfe für Mitglieder in der folgenden Tabelle 6.

11. § 195a. R.V.O.
12. Statistik Bd. 389 S. 48 ff. Tabelle 7; S. 29 ff. Tabelle 1.

6. Ausgaben für Wochenhilfe für weibliche Versicherte auf je RM. 100.— Grundlohnsumme der weibl. Versicherten bezogen.

	Orts-Kranken-Kassen	Land-Kranken-Kassen	Betriebs-Kranken-Kassen	Innungs-Kranken-Kassen	See-Kranken-Kassen	Reichsges. Kranken-Kassen*)	Reichsknappschaftliche Arbeiter Krankenkassen	Reichsknappschaftliche Angestellten Krankenkassen	Reichsknappschaftl. Kranken-Kassen
	RM	RM	RM	RM	RM	RM	RM	RM	RM
Grundlohnabhängiges Wochengeld	0,40	0,57	0.42	0.11	0.05	0.39	0.17	0.02	0.15
Nichtgrundlohnabhängige Wochenhilfe	0,13	0.34	0.11	0.14	0.01	0.13	0.06	0.01	0.05
Gesamtaufwendungen an Wochenhilfe	0.53	0.91	0.53	0.25	0.06	0.52	0.23	0.03	0.20

*) Ohne Reichsknappschaft einschl. See-Krankenkasse.

Multipliziert man die Gesamtaufwendungen für Wochenhilfe an Mitglieder (Tab. 6) mit dem durchschnittlichen Jahresgrundlohn, so erhält man die Durchschnittskosten an Wochenhilfe je weibliche Versicherte (Tab. 7).

7. Durchschnittskosten an Wochenhilfe je weibl. Versicherte.

	Orts-Kranken-Kassen	Land-Kranken-Kassen	Betriebs-Kranken-Kassen	Innungs-Kranken-Kassen	See-Kranken-Kassen	Reichsges. Kranken-kassen*)	Reichsknappschaftliche Arbeiter Krankenkassen	Reichsknappschaftliche Angestellten Krankenkassen	Reichsknappschaftl. Kranken-Kassen
	RM	RM	8,33	RM	RM	RM	RM	RM	RM
Grundlohnabhängiges Wochengeld	5,76	4,59	2,18	1,80	1,09	5,76	4,01	0,66	3,45
Nichtgrundlohnabhängige Wochenhilfe	1,87	2,74	2,18	2,29	0,22	1,92	1,41	0,33	1,15
Durchschnittliche Kosten an Wochenhilfe je weibl. Versicht.	7,63	7,33	10,51	4,09	1,31	7,68	5,42	0,99	4,60

*) Ohne Reichsknappschaft einschl. See-Krankenkasse.

Die Aufwendungen für weibliche Versicherte werden meist die Aufwendungen der männlichen Versicherten um die durchschnittlichen Kosten an Wochenhilfe je weibliche Versicherte (Tab. 8) übersteigen.

In der folgenden Aufstellung (Tab. 8) sind die Durchschnittskosten je Mitglied ohne Wochenhilfe, dann die Durchschnittskosten je weibliche Versicherte wiedergegeben. Die letzte Zeile der Tabelle 8 zeigt den Vomhundertsatz, um den die durchschnittlichen Leistungen ohne Wochenhilfe, die an die männlichen Versicherten zurückfließen, von den durchschnittlichen Kosten an Wochenhilfe je weibliche Versicherte überstiegen werden.

Die durchschnittlichen Kosten je Mitglied ohne Wochenhilfe sind die Daten der Tabelle 4 Zeile 1, vermindert um den auf die Mitgliederwochenhilfe fallenden Anteil.

8. Vomhundertsatz der Mehrleistungen an Wochenhilfe für Mitglieder.

	Orts-Kranken-Kassen	Land-Kranken-Kassen	Betriebs-Kranken-Kassen	Innungs-Kranken-Kassen	See-Kranken-Kassen	Reichsges. Kranken-Kassen*)	Reichsknappschaftliche Arbeiter Krankenkassen	Reichsknappschaftliche Angestellten Krankenkassen	Reichsknappschaftl. Kranken-Kassen
Durchschnittskosten je Mitglied ohne Wochenhilfe	88.64	47.47	122.41	87.53	145.81	90.69	157.51	197.—	152.49
Durchschnittskosten je weibl. Versicherte	96.27	54.80	132.92	91.62	147.12	98.37	162.93	197.99	157.09
Die durchschnittl. Leistungen an die weibl. Versicherten sind um v. H. höher als die an männl. Versicherten	v.H. 8,6	v.H. 15,4	v.H. 8,6	v.H. 4,7	v.H. 0,9	v.H. 8,5	v.H. 3,4	v.H. 0,5	v.H. 3,0

*) Ohne Reichsknappschaft einschl. See-Krankenkasse.

Die männlichen Versicherten erhalten durchschnittlich 8,5 v. H. weniger an Versicherungsleistungen zurück als die weiblichen Versicherten, bezogen auf die reichsgesetzlichen Krankenkassen. Bei den knappschaftlichen Krankenkassen beträgt diese Mehrleistung an die weiblichen Versicherten nur 3 v. H.

Die männlichen Versicherten erhalten für die gleiche Beitragsleistung wie die weiblichen Versicherten weniger als letztere an Versicherungsleistungen zurück. Die männlichen Versicherten müssen mehr an Beitrag leisten als die weiblichen Versicherten, um die Versicherungsleistungen an Mitglieder-Wochenhilfe überhaupt zu ermöglichen. Zugunsten der weiblichen Versicherten ist in der sozialen Krankenversicherung das Prinzip der Verhältnismäßigkeit von Leistung und Gegenleistung durchbrochen worden.

Bei dem Vergleich der beiden Geschlechter bezüglich ihrer körperlichen Beschaffenheit wird es als eine Selbstverständlichkeit erscheinen, daß die weiblichen Versicherten besonders in den gewerblichen und industriellen Berufen stärker den Krankheiten ausgesetzt sind als ihre männlichen Kollegen, was gleichbedeutend damit ist, daß die weiblichen Versicherten im verstärkten Maße die Krankenkassen in Anspruch nehmen. Diese Erscheinung wird auch immer wieder beobachtet.[13]

Die Reichsstatistik für die Krankenversicherung hat errechnet, wieviele Krankheitsfälle im Jahre 1929 auf je 100 männliche Versicherte und auf ebensoviele weibliche Versicherte entfallen sind. Diese Daten sind in der folgenden Tabelle 9 enthalten, in die einzelnen Kassenarten unterteilt.[14]

9. Krankheitsfälle.

Kassenart	Der männlichen je 100 Mitglieder	Der weiblichen je 100 Mitglieder
Ortskrankenkassen	62,4	52,6
Landkrankenkassen	41,8	41,1
Betriebskrankenkassen	69,0	66,4
Innungskrankenkassen	59,8	54,3
Reichsgesetzl. Krankenkassen*)	62,1	52,6
Knappschaftliche Krankenkassen[15])	81,8	58,6
Seekrankenkasse	60,4	60,0

*) Ohne Reichsknappschaft einschl. See-Krankenkasse.

13. Vgl. Teleky. Die Krankheitsstatistik der rheinischen Krankenkassen (Beilage zum Reichsarbeitsblatt 1929 Nr. 9, Teil IV).
14. Statistik Bd. 389 S. 10, Übersicht 12.
15. Den Berechnungen sind die entsprechenden Zahlen der Arbeiterkrankenkassen zugrunde gelegt, da für die Angestellten-Krankenkassen die Krankheitsfälle und -tage je 100 Mitglieder nicht errechnet werden können. Siehe Statistik Bd. 389 ‚Anmerkung 2 auf Seite 78.

Bei Betrachtung der Tabelle 9 ergibt sich aber, daß die weiblichen Versicherten in der Zahl der Krankheitsfälle hinter den männlichen Versicherten zurückbleiben und zwar teilweise ganz beträchtlich. Doch gibt eine Übersicht über die Zahl der Krankheitsfälle allein kein genaues Bild über die Krankheitsgefährlichkeit. Vielmehr muß die Dauer jedes Krankheitsfalles bei der Betrachtung hinzugezogen werden. Von der Dauer hängen aber die hauptsächlichsten Aufwendungen der Krankenversicherung für den Krankheitsfall ab.

So hat auch die Reichsstatistik für die Krankenversicherung die durchschnittliche Krankheitsdauer angegeben und sie darin ausgedrückt, wieviel Krankheitstage auf einen Krankheitsfall durchschnittlich im Jahre 1929 kamen, nach dem Geschlecht der Versicherten getrennt. Tabelle 10 gibt diese Werte wieder.[16]

10. Durchschnittliche Krankheitsdauer.

Kassenart	Auf 1 Krankheitsfall kommen Krankheitstage bei männlichen Mitgliedern	bei weiblichen Mitgliedern
Ortskrankenkassen	22,2	26,2
Landkrankenkassen	20,8	23,8
Betriebskrankenkassen	23,6	25,0
Innungs-Krankenkassen	21,1	24,7
Seekrankenkasse	32,0	33,6
Reichsgesetzl.*) Krankenkasse	22,4	25,8
Knappschaftliche Krankenkasse	25,7	25,2

*) Ohne Reichsknappschaft einschl. See-Krankenkasse.

Gemäß Tabelle 10 überwiegt die Krankheitsdauer bei den weiblichen Versicherten diejenige bei den männlichen Versicherten. Eine weibliche Versicherte braucht bei jedem Krankheitsfall durchschnittlich mehr Tage als ein männlicher Versicherter, um wieder vollständig zu gesunden. Dementsprechend werden auch die weiblichen Versicherten mehr an Versicherungsleistungen beziehen als die männlichen Versicherten.

Um diese längere durchschnittliche Krankheitsdauer der weiblichen Versicherten in Zahlen der Krankenhilfe ausdrücken zu können, ist auf Grund der Angaben der Reichsstatistik der Kranken-

16. Statistik Bd. 389 S. 10 Übersicht 13.

versicherung errechnet worden, wieviel Aufwendungen der Krankenversicherung durchschnittlich auf einen Krankheitstag im Jahre 1929 fielen, um dann mit Hilfe der Zahl von Krankheitsfällen und der durchschnittlichen Krankheitsdauer die durchschnittlichen Versicherungsleistungen in Krankenhilfe an männliche und weibliche Versicherte getrennt zu bestimmen und Tabelle 11 zu bilden. Auf einen Krankheitstag entfielen an Versicherungsaufwendungen bei den Ortskrankenkassen RM. 5.05, Landkrankenkassen RM. 3,94, Betriebskrankenkassen RM. 5,75, Innungskrankenkassen RM. 5,87, Seekrankenkasse RM. .5,95, reichsgesetzliche Krankenkassen RM. 5,15, reichsknappschaftliche Krankenkassen RM. 5,30.

11. Durchschnittliche Aufwendungen der Versicherung an Krankenhilfe.

	Orts-Kranken-Kassen	Land-Kranken-Kassen	Betriebs-Kranken-Kassen	Innungs-Kranken-Kassen	See-Kranken-Kassen	Reichsges. Kranken-Kassen*)	Reichsknappschaftl. Krankenkassen[17]
Männliche Versicherte	70.—	34,26	93.63	74,04	115.—	71,64	63.57
Weibliche Versicherte	69.60	38.54	95.45	78.73	120.75	69.89	79.21

*) Ohne Reichsknappschaft einschl. See-Krankenkasse.

Die Versicherungsleistungen für die Krankenhilfe (ohne Wochenhilfe) an die weiblichen Versicherten haben im allgemeinen bei den einzelnen Kassenarten die Tendenz, die Versicherungsleistungen für Krankenhilfe an die männlichen Versicherten zu übersteigen. Das Bild verändert sich aber bei den reichsgesetzlichen Krankenkassen einschl. Seekrankenkasse, bei denen praktisch die Leistungen sich das Gleichgewicht halten.

Obwohl es sich hier im ganzen und großen um keine hohen Differenzen handelt im Einzelfall, ist doch eine grundsätzliche Abweichung vom Prinzip der Verhältnismäßigkeit von Prämie und Versicherungsleistungen festzustellen.

III. Leistung und Gegenleistung bei verheirateten und ledigen Versicherten.

Die Krankenkassen gewähren aber nicht allein ihre Versicherungsleistungen an ihre Mitglieder, sondern in weitestem Rahmen auch an die Familienangehörigen des Versicherten, wenn diese

17. Gemäß Anmerkung 15 dieses Teiles sind auch hier die Werte für die knappschaftlichen Arbeiterkrankenkassen zugrunde gelegt worden.

keinen Anspruch auf Versicherungsleistungen haben, also selbst nicht der Krankenversicherung angehören.

Die Versicherungsleistungen an die Familienangehörigen bestehen in Wochenhilfe für die Ehefrauen sowie für solche Töchter, Stief- und Pflegetöchter der Versicherten, welche mit diesen in häuslicher Gemeinschaft leben, ferner in Krankenpflege, in Sterbegeld beim Tode des Ehegatten oder eines Kindes eines Versicherten. Auf der Ausgabeseite der Krankenkassen machen sich an Leistungen für Familienangehörige noch die Posten für Kinderfürsorge und für „Sonstiges", letzterer im Sammelbegriff, bemerkbar.

Die Leistungen an Familienangehörige sind unter dem Schlagwort „Familienhilfe" zusammengefaßt.[18] Krankenpflege war bis vor kurzem eine von den Kassen fast durchweg gewährte freiwillige Leistung.[19]

Eine Aufzählung dieser weitgehenden Leistungen an Familienangehörige der verheirateten oder verwitweten Versicherten läßt mit Recht die Vermutung aufkommen, daß diese Mehrleistungen eine Abweichung von dem Prinzip der Verhältnismäßigkeit von Prämie und Versicherungsleistungen zur Folge haben wird. Diese Annahme wird durch die nachfolgenden Zahlen bestätigt.

Wohl kennt das Gesetz über die Krankenversicherung Zusatzbeiträge für Familienhilfe.[20] Doch werden solche Zusatzbeiträge in den seltensten Fällen erhoben, sodaß sie keine große Bedeutung haben, geschweige, daß sie die Kosten für die Familienhilfe decken würden. Im Jahre 1929 wurden an Zusatzbeiträgen 6,8 Millionen RM. erhoben bei einer Gesamtbeitragseinnahme der Krankenversicherung von rund 2051,7 Millionen RM. und einer Gesamtausgabe an Familienhilfe von rund 279,8 Millionen RM.[21]

Die Zusatzbeiträge betrugen 0,3 v. H. der Gesamtbeitragseinnahme und 2,0 v. H. der Gesamtausgabe an Familienhilfe.[22]

18. §§ 205 a, 205 b, R.V.O.
19. Im Jahre 1929, dessen statistische Ergebnisse hier zugrunde gelegt sind, gewährten von 7465 Krankenkassen 7099 Kassen Krankenpflege für versicherungsfreie Familienangehörige (Statistik Bd. 389 S. 37), d. h. Anspruch auf Krankenpflege für Familienangehörige hatten bei den reichsgesetzlichen Krankenkassen ohne Reichsknappschaft 98,2 v. H. aller Mitglieder (Statistik Bd. 389 S. 17, Übersicht 28).
Durch die Verordnung des Reichspräsidenten vom 26. Juli 1930 (R.G.Bl. I S. 311) ist diese Krankenpflege vom 28. Juli 1930 ab zu einer Pflichtleistung geworden.
In der knappschaftlichen Krankenversicherung war die Familienhilfe schon früher Pflichtleistung.
20. § 384 Abs. 2 R.V.O.
21. Statistik Bd. 389 S. 45 ff. Tabelle 6; S. 48 ff. Tabelle 7.
22. Von den gesamten Versicherungsleistungen ohne Verwaltungskosten betrugen die Leistungen an Familienhilfe 17,6 v. H.

Ähnlich [23] wie in den vorhergehenden Fällen wurden auf Grund der Angaben der Reichsstatistik für die Krankenversicherung die Leistungen an Familienangehörige auf je RM. 100.— Grundlohnsumme bezogen, berechnet. Die Ergebnisse zeigt Tabelle 12.

12. Leistungen an Familienhilfe auf je RM. 100.— Grundlohnsumme bezogen.

Für	Orts-Kranken-Kassen	Land-Kranken-Kassen	Betriebs-Kranken-Kassen	Innungs-Kranken-Kassen	See-Kranken-Kassen	Reichsges. Kranken-Kassen*)	Reichsknappschaftliche Arbeiter Krankenkassen	Reichsknappschaftliche Angestellten Krankenkassen	Reichsknappschaftl. Krankenkassen
	RM	RM	RM	RM	RM	RM	RM	RM	RM
Krankenhilfe	0,56	0,47	1,10	0,48	0,84	0,67	1,21	2,52	1,29
Wochenhilfe	0,07	0,12	0,10	0,06	0,04	0,08	0,19	0,19	0,19
Kinder-Fürsorge	0,01	0,01	0,02	0,01	—	0,01	0,01	—	0,01
Sterbegeld	0,02	0,01	0,04	0,02	0,02	0,02	0,04	0,04	0,04
Sonstiges	0,06	0,05	0,04	0,05	—	0,05	0,02	0,03	0,02
Insgesamt	0,72	0,66	1,30	0,62	0,90	0,83	1,47	2,78	1,55

*) Ohne Reichsknappschaft einschl. See-Krankenkasse.

Die Leistungen an die Versicherten ohne Familienhilfe, auf je RM. 100.— Grundlohnsumme bezogen, ergeben die in der folgenden Tabelle 13 stehenden Werte.

13. Versicherungsleistungen ohne Familienhilfe auf je RM. 100.— Grundlohnsumme bezogen.

Für	Orts-Kranken-Kassen	Land-Krauken-Kassen	Betriebs-Kranken-Kassen	Innungs-Kranken-Kassen	See-Kranken-Kassen	Reichsges. Kranken-Kassen*)	Reichsknappschaftliche Arbeiter Krankenkassen	Reichsknappschaftliche Angestellten Krankenkassen	Reichsknappschaftl. Krankenkassen
	RM	RM	RM	RM	RM	RM	RM	RM	RM
Krankenhilfe	4.86	4.50	4.74	4.62	5.25	4.80	4.84	2.72	4.71
Wochenhilfe	0.22	0.44	0.12	0.08	—	0.20	—	—	—
Allgem. Fürsorge	0.03	0.01	0.02	0.01	0.01	0.02	—	0.01	0.01
Sterbegeld	0.05	0.04	0.05	0.05	0.04	0.06	0.04	0.07	0.04
Verwaltungskost.	0.51	0.69	0.06	0.50	0.46	0.42	0.33	0.27	0.33
Insgesamt	5.67	5.68	4.99	5.26	5.76	5.50	5.21	3.07	5.09

*) Ohne Reichsknappschaft einschl. See-Krankenkasse.

23. Die Reichsstatistik für die Krankenversicherung hat leider bei der Angabe des Mitgliederbestandes keine Trennung zwischen verheirateten und ledigen Versicherten vorgenommen.

Es liegen jetzt die Versicherungsleistungen an Familienhilfe und die Versicherungsleistungen ohne Familienhilfe auf je RM. 100.— Grundlohnsumme bezogen, vor. Aus den Werten dieser beiden Gruppen können unter Zuhilfenahme des durchschnittlichen Jahresgrundlohnes je Mitglied die Durchschnittsleistungen an Familienhilfe und an Versicherungsleistungen ohne Familienhilfe berechnet werden.

Weiterhin wird die Größe der Mehrleistungen an Familienhilfe als Vomhundertsatz der Versicherungsleistungen ohne Familienhilfe bestimmt.

Diese drei Resultate gibt Tabelle 14 wieder.

14. Die Mehrleistungen an Familienhilfe.

	Orts-Kranken-Kassen	Land-Kranken-Kassen	Betriebs-Kranken-Kassen	Innungs-Kranken-Kassen	See-Kranken-Kassen	Reichsges. Kranken-Kassen	Reichsknappschaftliche Arbeiter Krankenkassen	Reichsknappschaftliche Angestellten Krankenkassen	Reichsknappschaftl. Kranken-Kassen
Durchschnittliche Mehraufwendungen an Familienhilfe je verheirateten Versicherten	Rm 10.36	Rm 5.34	Rm 25.79	Rm 10.14	Rm 19.89	Rm 12.26	Rm 34.66	Rm 92.05	Rm 35.65
Durchschnittliche Versicherungsleistungen ohne Familienhilfe	81,59	45.78	99.—	86.05	125,91	81.24	122.85	104,96	117.07
Die Mehraufwendungen an Familienhilfe betrugen v. H. der durchschnittl. Versicherungsleistungen ohne Familienhilfe	v. H. 12,7	v. H. 11,7	v. H. 26,0	v. H. 11,8	v. H. 15,8	v. H. 15,1	v. H. 28,2	v. H. 87,7	v. H. 30,5

*) Ohne Reichsknappschaft einschl. See-Krankenkasse.

Die Tabelle 14 lehrt, daß ein verheirateter Versicherter für seine versicherungsfreien Familienangehörigen durchschnittlich 15,1 v. H. mehr an Leistungen der Krankenkassen (reichsgesetzliche Krankenkassen ohne Reichsknappschaft) zurückerhalten kann, als ein unver-

heirateter Versicherter, während in der knappschaftlichen Krankenversicherung dieser Vomhundertsatz noch weit höher ist. Der verheiratete Versicherte kann praktisch bis zu 15,1 v. H. weniger an Beiträgen zu zahlen haben als der unverheiratete Versicherte.

In der privaten Krankenversicherung dagegen wird der Beitrag nach dem Familienstand abgestuft, und bei den verheirateten Versicherten wird darin unterschieden, ob ein Kind oder mehr Kinder vorhanden sind. So erhebt z. B. der Leipziger Verein für Krankenversicherung der Beamten und freien Berufe A.G., vormals Leipziger Fürsorge, für eine Einzelperson an Beitrag monatlich RM. 7.—, für eine Einzelperson und deren Familie monatlich RM. 15.—, und besteht die Familie aus der Ehefrau und nur einem Kind, monatlich RM. 14.—.[24]

Es ergibt sich in der sozialen Krankenversicherung also auch bei der Gegenüberstellung von verheirateten und ledigen Versicherten, daß letztere einen höheren Beitrag leisten müssen, als es im Verhältnis zum Risiko, das die unverheirateten Versicherten ihrer Krankenkasse bieten, angemessen wäre. Wieder wird ein bestimmter Kreis der Versicherten stärker zur Beitragsleistung herangezogen als ein anderer Kreis, sodaß eine Abweichung vom Prinzip der Verhältnismäßigkeit von Prämie und Versicherungsleistungen vorliegt.

IV. Die Abweichungen vom Prinzip der Verhältnismäßigkeit von Leistung und Gegenleistung bei verschiedenen Eintrittsaltern und verschiedener beruflicher Tätigkeit.

Die Durchschnittsprämie in der Krankenversicherung berücksichtigt nicht das Alter des Versicherten im Zeitpunkt seines Eintrittes in die Krankenversicherung bezw. seiner Versicherungspflicht. Es kann ein Versicherter schon mit 16 Jahren versicherungspflichtig werden, aber auch erst im 40., 50. Lebensjahr oder noch später. Dieser Zeitpunkt hängt einzig und allein von der Art der beruflichen Tätigkeit eines Menschen ab. Es wechseln viele Menschen im Laufe ihres Lebens den Beruf, werden vom selbständigen Unternehmer zum Arbeitnehmer, oder Arbeitnehmer, die ursprünglich wegen der Höhe ihres Einkommens versicherungsfrei waren, werden durch Senkung ihres Gehaltes plötzlich wieder versicherungspflichtig.

Die Krankenversicherung wird also ständig unter dem Neuzugang ihrer Versicherung allen Lebensaltern begegnen.

Da nun der Versicherte in seinen verschiedenen Lebensaltern ungleichmäßig für Krankheiten empfänglich sein und damit auch

24. Versicherungsbedingungen und Tarife der Abteilung B.

unterschiedliche Versicherungsleistungen von seiner Krankenkasse erhalten wird — bestimmt wird er im höheren Lebensalter öfters krank sein als in jüngerem —, die Krankenversicherung aber diese Unterschiedlichkeiten nicht in ihren Beiträgen zum Ausdruck bringt, müssen sich Abweichungen vom Prinzip der Verhältnismäßigkeit von Leistung und Gegenleistung herausbilden, und zwar bezüglich des Eintrittsalters in die Versicherung.

In einer Arbeit des Landesgewerbearztes Dr. Teleky über die Krankheitsstatistik der rheinischen Krankenkassen[25] ist eine Angabe über die Erkrankungshäufigkeit zu finden. Es sind die Zahlen zweier großer Eisenwerke aus den Jahren 1922 bis 1926. Obwohl diese Angaben die Gefahr einer Nichtachtung des Gesetzes der großen Zahl in sich bergen, werden sie doch von symthomatischer Bedeutung sein, und nur deshalb werden sie hier zur Bildung von Meßzahlen angewendet. Die Reichsstatistik für Krankenversicherungen enthält leider keine Angaben über die Erkrankungshäufigkeit der Lebensalter.

Enthalten in der folgenden Tabelle 15 die Spalten 2 und 3 die Werte der Erkrankungshäufigkeit[25a] je eines Werkes, so befinden sich in Spalte 4 die Zahlen für die aus beiden einzelnen Angaben gebildete durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit.

15. Erkrankungshäufigkeit.[26]

1. Alter	2.	3.	4.
Bis 20 Jahre	54,4	39,4	46,9
21—30 Jahre	48,4	26,5	37,5
31—40 Jahre	34,1	26,1	30,1
Über 60 Jahre	70,8	34,2	52,5

25. Die Krankheitsstatistik der rheinischen Krankenkassen, zugleich ein Beitrag zur Methodikkrankheits-statistischer Untersuchungen, Beilage zum Reichsarbeitsblatt 1929 Nr. 3, Teil IV.

25a. Von dem hier geltenden Begriff der „Erkrankungshäufigkeit" werden nicht die Erkrankungen, sondern die Krankmeldungen erfaßt. Der Versicherte wünscht nur dann die Krankmeldungen — abgesehen von den schwersten Erkrankungsfällen — wenn sie für ihn nicht mit allzu schwerem wirtschaftlichem Schaden verbunden ist. Es ist eine allgemeine Tatsache, daß die Erkrankungshäufigkeit bei der Krankenkasse weitgehend durch wirtschaftliche Momente beeinflußt wird, durch die Differenz zwischen dem Einkommen des Versicherten bei Krankmeldung und ohne dieses. So wird die Häufigkeit der Krankmeldung ganz bedeutend beeinflußt durch die Lage des Arbeitsmarktes.

26. Teleky, a. a. O. S. 37.

Bemerkenswert ist, daß die Erkrankungshäufigkeit unter den jugendlichen Arbeitern meist sehr hoch ist, höher als in den darauffolgenden älteren Jahrgängen.

Unter der Annahme, daß diese Arbeiter in einer oder zwei Betriebskrankenkassen zusammengeschlossen sind, würde die Erkrankungshäufigkeit der Kassen das gleiche Bild zeigen.

In der Arbeit von Dr. Teleky[27] ist die gesundheitliche Gefährlichkeit der einzelnen Berufe dadurch erfaßt worden, daß er die Hauptberufe in drei Gruppen geteilt hat, in die gesundheitlich günstigen Berufe, Berufe in mittlerer Stellung und in ungünstig gestellte Berufe.

Die günstigsten Gesundheitsverhältnisse bieten die im Vervielfältigung- und Kunstgewerbe Tätigen. Dann ist auch der Gesundheitszustand des Personals für häusliche Dienste sehr günstig. Es folgt die Gruppe der im Handelsgewerbe Beschäftigten.

Das Gast- und Schankgewerbe bildet gleichfalls ein günstiges Risiko. Nach dem Vervielfältigungsgewerbe zeigt es von der gesamten Industriearbeiterschaft die günstigsten Verhältnisse. Die bunt zusammengewürfelte Gruppe: Musik, Theater, Gesundheits- und Krankendienst, freie Berufe, erfreut sich noch günstigerer Gesundheitsverhältnisse.

Berufe in mittlerer Stellung bezüglich der Gesundheitsverhältnisse bieten die chemische Industrie, Verwaltungsdienst, Nahrungs- und Genußmittelindustrie, Bekleidungs- und Reinigungsindustrie, Papiererzeugung und Verarbeitung, Landwirtschaft, Hüttenwesen.

Zu den gesundheitlich ungünstig gestellten Berufen zählen die Metallarbeiter mit hoher Erkrankungshäufigkeit, die von dem Holz- und Schnittstoffgewerbe noch übertroffen wird. Das Baugewerbe steht gesundheitlich ganz besonders ungünstig da. Viel tragen dazu gewiß auch äußere Verhältnisse bei, vor allem der Saisoncharakter des Gewerbes.

Alle diese Berufe von solch verschiedener Erkrankungsgefahr werden von der Krankenversicherung in Hinblick auf die Beitragsleistung ganz gleichmäßig behandelt. Bei gleicher Beitragsleistung werden aber die Versicherungsleistungen von verschiedenem Umfang sein, die an die Angehörigen der einzelnen Berufe fließen. Die gesundheitlich günstig gestellten Berufe werden weniger an Versicherungsleistungen erhalten als die Berufe mit hoher Erkrankungsgefahr. Die Versichertengruppen mit geringem Erkrankungsrisiko sind belastet zugunsten der Gruppen, die der Krankenversicherung

27. A. a. O. S. 40.

ein großes Risiko bieten. Eine Abweichung vom Prinzip der Verhältnismäßigkeit von Prämie und Versicherungsleistung ist eine unausbleibliche Folge dieser Verhältnisse.

V. Die Abweichungen vom Prinzip der Verhältnismäßigkeit von Leistung und Gegenleistungen, hervorgerufen durch Reichszuschuß und Arbeitgeberbeiträge.

Das Reich leistet für jeden Wochenhilfsfall einen Zuschuß von RM. 50.—. Die Wochenhilfskosten der gesamten Krankenversicherung beliefen sich im Jahre 1929 auf RM. 91 797 000.[28] Der Reichszuschuß betrug in diesem Jahre RM. 27 100 000,[29] also fast ein Drittel der Leistungen an Wochenhilfe. Dieses Drittel hatten die Versicherten nicht in ihren Beiträgen aufzubringen.

Um einen Vergleich zwischen Leistungen und Gegenleistungen zu ziehen und zu beurteilen, was die Krankenversicherung den Versicherten gewährte und diese dafür zu zahlen hatten, sind nachfolgend die Ausgaben für Kranken- und Wochenhilfe, Sterbegelder und für allgemeine Fürsorge den Beiträgen einschließlich Zusatzbeiträgen gegenübergestellt. Da die Verteilung der Beiträge auf Versicherte und Arbeitgeber von der Statistik nicht ermittelt wird, mußten hierzu von der Reichsstatistik Annäherungszahlen berechnet werden.

Es betrugen im Jahre 1929 bei den reichsgesetzlichen (einschließlich knappschaftlichen) Krankenkassen in Millionen RM.[30]

die Beiträge der Arbeitgeber rd.	655
die Beiträge der Versicherten	1404
zusammen	2059
Es betrugen die Barleistungen	806
Es betrugen die Sachleistungen	1056
zusammen	1862

Die Kassenleistungen übertrafen also die Beiträge der Versicherten ohne Arbeitgeberbeiträge um rd. RM. 458 Millionen oder 32,6 v. H.

Vom Gesichtspunkt der Gesamtversicherungsleistungen zu den gesamten Beiträgen aller Versicherten aus ist die Abweichung vom

28. Statistik Bd. 389 S. 21.
29. Statistik Bd. 389 S. 5 Übersicht 2.
30. Statistik Bd. 389 S. 22.

Prinzip der Verhältnismäßigkeit von Prämie und Versicherungsleistungen in dem Wert 32,6 v. H. ausgedrückt, d. h. mit anderen Worten, daß die Versicherten 32,6 v. H. der Gesamtversicherungsleistungen erhalten, ohne ihrerseits ein Aequivalent dafür zu bieten. Das z. Zt. geltende System der sozialen Krankenversicherung ermöglicht ganz gewaltige Versicherungsleistungen, die nach der gesetzlichen Beitragsverteilung durch die Versicherten nicht aufgebracht werden. Ob und inwieweit die Versicherten auf Grund der in jeder Volkswirtschaft vorhandenen Überwälzungsvorgänge letzten Endes die Mittel für diese Versicherungsleistungen doch selbst aufzubringen haben, ist eine Frage, deren Behandlung den Schlußausführungen dieser Arbeit vorbehalten bleiben soll.

2. Kapitel.

Die Invalidenversicherung mit Einschluß der Angestelltenversicherung und der knappschaftlichen Pensionsversicherung.

Die Invalidenversicherung bezweckt für die Arbeiter eine Versicherung für alle die Fälle, in denen sie, ohne durch reichsgesetzliche Unfallversicherung gedeckt zu sein, nachweislich erwerbsunfähig geworden sind, ohne Rücksicht auf das Lebensalter, in welchem die Erwerbsunfähigkeit eintritt. Daneben soll durch die Altersversicherung solchen Arbeitern, die ein bestimmtes hohes Lebensalter erreicht haben, eine Rente auch ohne Nachweis der Erwerbsunfähigkeit gewährt werden, da erfahrungsgemäß durch die Erreichung eines hohen Lebensalters in den meisten Fällen eine größere oder geringere Beschränkung der Erwerbsfähigkeit bedingt wird.

Gegenstand der Versicherung sind Invalidenrenten sowie Renten für die Hinterbliebenen.

Invalidenrente erhält der Versicherte, der das Alter von 65 Jahren vollendet hat oder infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen dauernd invalide ist. Witwenrente erhält nach dem Tode des versicherten Mannes die Witwe, die das Alter von 65 Jahren vollendet hat, aber infolge von Krankheit oder anderem Gebrechen dauernd invalide ist. Waisenrenten erhalten nach dem Tode des Versicherten seine Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr. Eine Weitergewährung der Waisenrente erfolgt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, wenn das Kind nach dem 15. Lebensjahr Schul- oder Berufsausbildung erhält. Von unbeschränkter Dauer ist die Waisenrente,

wenn das Kind infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen außerstande ist, sich selbst zu erhalten.[30a]

Die Gesamtbezüge der Hinterbliebenen dürfen achtzig vom Hundert des Jahresarbeitsverdienstes nicht übersteigen, den in derselben Gegend ein gesunder Arbeiter der Berufsgruppe erzielt, welcher der Versicherte bei im wesentlichen ungeschwächter Arbeitskraft nicht nur vorübergehend angehört hat. Durch diese Bestimmung soll verhindert werden, daß unter Umständen die Hinterbliebenen wirtschaftlich besser gestellt sind, als sie es zu Lebzeiten ihres Versorgers waren.

Die Angestelltenversicherung stellt sich dar als eine Invaliden-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung, doch umfaßt sie einen anderen Personenkreis als die Invalidenversicherung. Wie schon ihr Name andeutet, beschränkt sie sich auf die Angestellten. Die Versicherungsleistungen bestehen gleichfalls in Ruhegeld und Hinterbliebenenrenten.

Die Gesamtbezüge der Hinterbliebenen dürfen achtzig v. H. des höchsten Jahresarbeitsverdienstes der höchsten Gehaltsklasse nicht übersteigen, welcher der Versicherte nicht nur vorübergehend angehört hat.

Der eigentliche charakteristische Teil der Knappschaftsversicherung, die sich aus der Krankenversicherung und Invalidenversicherung als weitere Teile zusammensetzt und einen Anfang zur einheitlichen Sozialversicherung darstellt, ist die Pensionsversicherung für Arbeiter und Angestellte.

Die Invalidenversicherung im Rahmen der knappschaftlichen Versicherung richtet sich in der Hauptsache nach den Normen der allgemeinen Invalidenversicherung. Die Reichsknappschaft gilt als Sonderanstalt und gewährt die Leistungen nach den Vorschriften der R. V. O.[31]

Für die knappschaftliche Pensionsversicherung besteht eine Pensionskasse der Reichsknappschaft, die in eine Arbeiter- und eine Angestelltenabteilung getrennt ist.

Die Leistungen der Pensionskasse sind Invalidenrente, bezw. Ruhegeld und Hinterbliebenenrenten. Ferner eine Beihilfe zu den Bestattungskosten der Knappschaftsinvaliden, ihrer Ehefrau und ihrer Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr, sowie der Empfänger von Witwenpensionen und Waisengeld, soweit nicht Sterbe-

30a. Gemäß der 5. Verordnung des Reichspräsidenten zur Sicherung von Wirtschaft und Finanzen und zum Schutze des inneren Friedens vom 8. Dez. 1931, a. a. O. Kapitel IV, Abschnitt 1 § 1 werden Waisenrenten über das vollendete 15. Lebensjahr hinaus nicht gewährt.

31. § 103 Reichsknappschaftsversicherungsgesetz.

geld der Kranken- und Unfallversicherung gewährt wird. Knappschaftsinvaliden erhalten freie ärztliche Behandlung und Arznei.

Die Gesamtbezüge der Hinterbliebenen dürfen gleichfalls 80 v. H. des Arbeitsverdienstes nicht übersteigen.

I. Leistung und Gegenleistung bei den verschiedenen Lohnklassen.

Die Versicherungsleistungen bestehen in der Invalidenversicherung aus einem festen Reichszuschuß und einem Anteil der Versicherungsanstalt. Der Reichszuschuß beträgt jährlich RM. 72.— für jede Invaliden- und Witwenrente und für jede Waisenrente RM. 36.—.

Die Versicherungsanstalt leistet bei den Invalidenrenten den Grundbetrag und den Steigerungsbetrag, bei den Renten der Hinterbliebenen einen Teil des Grundbetrags und des Steigerungsbetrags. Der Grundbetrag der Invalidenrente beträgt für alle Lohnklassen jährlich RM. 168.—.

Als Steigerungsbetrag werden bei der Invalidenrente zwanzig vom Hundert der seit 1. Januar 1924 gültig entrichteten Beiträge gewährt. Hat der Empfänger der Invalidenrente Kinder, so erhöht sich die Invalidenrente für jedes von ihnen bis zum vollendeten 15. Lebensjahr um einen Kinderzuschuß von jährlich 120 RM. Eine Weitergewährung des Kinderzuschusses über das 15. Lebensjahr des Kindes hinaus tritt ein, wenn das Kind Schul- oder Berufsausbildung erhält oder wegen körperlicher und geistiger Gebrechen außerstande ist, sich selbst zu erhalten.[32]

Der Anteil der Versicherungsanstalt beträgt bei Witwen- und Witwerrenten[33] sechs Zehntel, bei Waisenrenten fünf Zehntel des Grundbetrags und Steigerungsbetrags der Invalidenrente.

In der Angestelltenversicherung erhält Ruhegeld, wer die Berufsunfähigkeit oder das gesetzliche Alter nachweist, sowie die Wartezeit erfüllt und die Anwartschaft aufrecht erhalten hat. Hinterbliebenenrenten werden gewährt, wenn der Verstorbene zur Zeit seines Todes die Vorbedingungen zum Bezug des Ruhegeldes erfüllt hat.

32. Nach der Notverordnung des Reichspräsidenten vom 8. Dez. 1931 a. a. O. Kap. IV, Abschn. 1 § 1 werden Kinderzuschüsse und Waisenrenten über das vollendete 15. Lebensjahr hinaus nicht gewährt.

33. Witwerrente steht nach dem Tode der verstorbenen Ehefrau dem Ehemann zu, solange er bedürftig ist, wenn die versicherte Ehefrau bei Erwerbsunfähigkeit ihres Mannes den Lebensunterhalt ihrer Familie ganz oder überwiegend aus ihrem Arbeitsverdienst bestritten hat. § 1261 R.V.O.

Das zum Bezug von Ruhegeld gesetzlich festgelegte Alter ist 65 Jahre. Die Wartezeit dauert 60 Beitragsmonate. Sind weniger als 30 Beitragsmonate auf Grund der Versicherungspflicht nachgewiesen, so beträgt die Wartezeit 90 Beitragsmonate.

Die Höhe des Ruhegeldes setzt sich aus einem für alle Klassen gleichen Grundbetrag von RM. 480.— jährlich und aus Steigerungsbeträgen von 15 v. H. der seit dem 1. Januar 1924 geleisteten Beiträge[33a] zusammen. Hat der Ruhegehaltberechtigte Kinder, so tritt für jedes Kind bis zum vollendeten 15. Lebensjahr ein für alle Klassen gleicher Kinderzuschuß von jährlich RM. 120.— hinzu.

Das Witwengeld beträgt 60 v. H. des Ruhegeldes und das Waisengeld beträgt 50 v. H. des Ruhegeldes.

Der Kinderzuschuß wird nicht gewährt, soweit das Ruhegeld einschließlich des Kinderzuschusses den höchsten Jahresarbeitsverdienst der höchsten Lohnklasse übersteigt, welcher der Versicherte nicht nur vorübergehend angehört hat.

In der knappschaftlichen Pensionsversicherung erhält Invalidenpension bezw. Ruhegeld, wer das 65. Lebensjahr vollendet hat oder dauernd berufsunfähig ist, sowie, wer nicht dauernd berufsunfähig ist, aber nach Wegfall des Krankengeldes noch berufsunfähig für die weitere Dauer der Berufsunfähigkeit.[34]

Die Invalidenpension (Ruhegeld) besteht aus einem Grundbetrag und aus Steigerungsbeträgen. Der Grundbetrag in der Arbeiterpensionskasse wird in gleicher Höhe gewährt wie in der reichsgesetzlichen Invalidenversicherung (RM. 168.— jährlich), derjenige der Angestelltenpensionskasse wird in der Höhe desjenigen der reichsgesetzlichen Angestelltenversicherung festgesetzt (RM. 480.— jährlich).

33a. Ferner wird für Beiträge der Gehaltsklasse F bis J aus der Zeit vom 1. Januar 1913 bis 31. Juli 1921 ein Steigerungsbetrag gewährt (§ 56 Abs. 2 Angestelltenversicherungsgesetz). Dieser Steigerungsbetrag scheidet für vorliegende Betrachtungen aus, da nur normale Verhältnisse berücksichtigt sein sollen. Wie diese vom Reich gewährten Steigerungsbeträge auf das Verhältnis von Leistung und Gegenleistung einwirken, ergibt sich aus den Ausführungen von Zahl: Die Zukunft der Invalidenversicherung. Soziale Zukunft, Jahrg. 1930 Nr. 18 S. 137. Darnach betragen die Versicherungsleistungen das zehnfache der Beitragsleistung. Das Verhältnis von Beitragsleistung zu Rentenleistung ändert sich allerdings zugunsten der Invalidenversicherung, je weiter wir uns von der Inflation entfernen. Der Gleichgewichtszustand tritt aber erst nach ca 25 Jahren ein.

34. Berufsunfähigkeit wird auf Antrag auch dann als vorhanden angesehen, wenn der Antragsteller das 50. Lebensjahr vollendet 300 Beitragsmonate zurückgelegt, während dieser Zeit mindestens 180 Beitragsmonate wesentlich bergmännische Arbeiten verrichtet hat und keine gleichwertige Lohnarbeit mehr verrichtet (Alterspension bezw. Altersruhegeld).

Der Steigerungsbetrag wird in Hundertteilen des Endbetrages jeder Lohn- oder Gehaltsklasse gewährt, in der der Versicherte Beiträge entrichtet hat und zwar für die ersten 60 Beitragsmonate $^1/_2$ v. H., für die weiteren 60 Beitragsmonate 1 v. H., für die weiteren 100 Beitragsmonate 1,85 v. H. und für die übrigen Beitragsmonate $^1/_2$ v. H.

Die Empfänger einer Invalidenpension bezw. eines Ruhegeldes erhalten für Kinder ein Kindergeld in Höhe des Kinderzuschusses zu der reichsgesetzlichen Invalidenrente bezw. zum Ruhegeld der reichsgesetzlichen Angestelltenversicherung (RM. 120.—) und zwar unter den gleichen Bedingungen wie bei diesen beiden Sozialversicherungszweigen.

Die Witwenpension beträgt sechs Zehntel der Invalidenpension bezw. des Ruhegeldes, das Waisengeld in der Arbeiterpensionskasse zwei Zehntel der Invalidenpension, in der Angestelltenpensionskasse fünf Zehntel des Ruhegeldes.

Die Beiträge werden in der allgemeinen Invalidenversicherung zu gleichen Teilen von den Arbeitgebern und den Versicherten geleistet. Als Wochenbeitrag werden erhoben:

In der	Lohnklasse	I	RM. 0,30
„ „	„	II	„ 0,60
„ „	„	III	„ 0,90
„ „	„	IV	„ 1,20
„ „	„	V	„ 1,50
„ „	„	VI	„ 1,80
„ „	„	VII	„ 2.—

Die Invalidenversicherung kennt also gegenwärtig sieben Lohnklassen, nach denen die Höhe der Beiträge bemessen wird. Die Lohnklassen richten sich nach dem Wochenarbeitsverdienst von unter RM. 6.— bis über RM. 36.—, von Lohnklasse zu Lohnklasse um RM. 6.— steigend. Eine Wartezeit ist für die Dauer von 200 Beitragswochen mit einer Leistung von mindestens 100 Wochenbeiträgen für Pflichtversicherte vorgesehen. Für freiwillige Versicherte besteht eine Wartezeit von mindestens 500 Beitragswochen.[35]

Die Angestelltenversicherung sieht gegenwärtig acht Pflichtbeitragsklassen und zwei Klassen für freiwillige Beitragsleistungen vor. Die monatlich vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu gleichen Teilen abzuführenden Beiträge beginnen mit RM. 2.— und steigen

35. Vgl. §§ 1245, 1250, 1255, 1259, 1262, 1278, 1284, 1285, 1287, 1288, 1289, 1291, 1292, 1387, 1392 RVO.

bis zu RM. 30.— für Pflichtmitglieder bezw. bis RM. 50.— für freiwillige Mitgliedschaft.[36]

Die sonstigen Bestimmungen der Angestelltenversicherung sind ähnlich denen der Invalidenversicherung gehalten.

In der knappschaftlichen Pensionsversicherung weisen die Lohnklassen der Arbeiterpensionskasse folgendes Bild auf:

Lohnklasse	I	bis zu RM	75.—						monatlicher	Arbeitsverdienst	
„	II	von mehr als RM	75.—	bis zu RM	100.—	„	„				
„	III	„ „	„	„	100.—	„	„	„	125.—	„	„
„	IV	„ „	„	„	125.—	„	„	„	150.—	„	„
„	V	„ „	„	„	150.—	„	„	„	175.—	„	„
„	VI	„ „	„	„	175.—	„	„	„	200.—	„	„
„	VII	„ „	„	„	200.—	(Endbetrag	RM	225.—)		„	

In der Angestelltenpensionskasse sind die Einkommen in folgende Gruppen eingeteilt:

Gehaltsklasse	A	bis zu RM	50.—						monatliches	Gehalt.	
„	B	von mehr als RM	50.—	bis zu RM	100.—	„	„				
„	C	„ „	„	„	100.—	„	„	„	200.—	„	„
„	D	„ „	„	„	200.—	„	„	„	300.—	„	„
„	E	„ „	„	„	300.—	„	„	„	400.—	„	„
„	F	„ „	„	„	400.—	„	„	„	500.—	„	„
„	G	„ „	„	„	500.—	„	„	„	600.—	„	„
„	H	„ „	„	„	600.—	(Endbetrag	RM	700.—)		„	
„	J	„ bis	„	„	800.—				monatliches	Gehalt	
„	K	„ „	„	„	900.—				„		„

Die Beitragsklassen J und K sind für freiwillige Beitragsleistung vorgesehen. Über die Beitragshöhe vgl. Anm. 40a S. 71.

Allgemeine Voraussetzung für den Bezug von Renten in der knappschaftlichen Pensionsversicherung ist die Erfüllung einer Wartezeit von 36 Beitragsmonaten. Sind weniger als 24 Beiträge auf Grund der Versicherungspflicht entrichtet worden, so beträgt die Wartezeit 60 Beitragsmonate. Im Falle der freiwilligen Versicherung beträgt die Wartezeit 100 Beitragsmonate.

An Bestattungsbeihilfen werden beim Tode eines Knappschaftsinvaliden der dreifache Monatsbetrag der Invalidenpension ohne Kinderhilfe gewährt. Beim Tod der Ehefrau oder der Empfängerin einer Witwenpension 60 v. H., beim Tod eines Kindes oder des Empfängers eines Waisengeldes 20 v. H. des Mindestbetrages der Bestattungsbeihilfe für den Invaliden.

36. Vgl. §§ 23, 24, 25, 30, 32, 33, 35a, 44, 53, 56, 58, 168, 171 Angestelltenversicherungsgesetz.

Freie ärztliche Behandlung und Arznei erhalten die Knappschaftsinvaliden von der Bezirksknappschaft und zwar höchstens in dem Umfang, in dem die Bezirksknappschaft sie solchen gegen Krankheit Versicherten gewährt.[37]

Die Beiträge sind zu zwei Fünftel von den Arbeitgebern, zu drei Fünftel von den Versicherten zu tragen. Sie werden im Umlageverfahren aufgebracht.[38]

Mit Hilfe der vorstehenden Berechnungsgrundlagen für die Renten wird in den folgenden Tabellen gezeigt, wie sich in den verschiedenen Lohnklassen die Beiträge zu den Rentenleistungen verhalten. Man wird nicht überrascht sein, ähnliche Verhältnisse vorzufinden, wie sie in der Krankenversicherung vorhanden sind, denn auch die Invaliden- und Pensionsversicherungen sind ein Institut der Sozialversicherung.

In den folgenden Tabellen 17, 17a, 17b, 17c sind die Leistungen an Renten in den Lohnklassen für charakteristische Beitragszeiten wiedergegeben.[39] Das Jahr wurde aus Gründen der Einfachheit zu 50 Beitragswochen angenommen, d. h. es werden jährlich 50 Wochenbeiträge geleistet.

17. Die Leistungen an Invalidenrenten.[39]

Lohnklasse	Wochenarbeitsverdienst	Wöchentlicher Beitrag	Jährliches Invalidengeld nach Beitragsjahren.		
			5	20	35
	RM	RM	RM	RM	RM
I [40]	0—6	0.30	255.—	300.—	345.—
II	6—12	0.60	270.—	360.—	450.—
III	12—18	0.90	285.—	420.—	555.—
IV	18—24	1.20	300.—	480.—	660.—
V	24—30	1.50	315.—	540.—	765.—
VI	30—36	1.80	330.—	600.—	870.—
VII	über 36	2.—	340.—	640.—	940.—

37. Einzelne Bezirksknappschaften kennen freiwillige Leistungen wie Heilverfahren usw. Ihr Umfang ist aber gering. So betrugen im Jahre 1930 in der Arbeiterpensionskasse die Ausgaben für freiwillige Leistungen RM. 3 Millionen bei einer Gesamtausgabe von RM. 200,9 Millionen, das sind rd. 1,5 v. H. In der Angestelltenpensionskasse betrugen diese Ausgaben für freiwillige Leistungen RM. 1,1 Millionen bei RM. 39,8 Millionen Gesamtausgaben, also rd. 2,8 v. H. (Nach eigenen Angaben der Reichsknappschaft.) Wegen ihrer geringen Bedeutung bleiben diese Leistun-

17a. Das Ruhegeld der Angestelltenversicherung.

Klasse	Monatlicher Beitrag	Gehalt	Jährliches Ruhegeld nach Beitragsjahren		
			5	20	35
	RM	RM	RM	RM	RM
A	2.—	0—50	498.60	552.—	606.—
B	4.—	50—100	516.—	624.—	732.—
C	8.—	100—200	552.—	768.—	984.—
D	12.—	200—300	588.—	912.—	1236.—
E	16.—	300—400	624.—	1056.—	1488.—
F	20.—	400—500	660.—	1200.—	1740.—
G	25.—	500—600	705.—	1380.—	2055.—
H	30.—	über 600	750.—	1560.—	2370.—
J	40.—		840.—	1920.—	3000.—
K	50.—		930.—	2280.—	3630.—

17b. Rentenleistungen der reichsknappschaftlichen Arbeiterpensionskasse.

Lohnklasse	Monatlicher Arbeitsverdienst	Monatlicher Beitrag	Jährliche Invalidenrente nach Beitragsjahren			
			5	10	25	35
	RM	RM	RM	RM	RM	RM
I	0—75	6.56	190.50	235.50	485.25	530.25
II	75—100	8.75	198.—	258.—	491.—	651.—
III	100—125	10.94	205.50	280.50	696.75	771.75
IV	125—150	13.13	213.—	303.—	802.50	892.50
V	150—175	15.31	220.50	325.50	908.25	1013.25
VI	175—200	17.50	228.—	348.—	1014.—	1134.—
VII	über 200	19.69	235.50	370.50	1119.75	1254.75

gen ebenso unberücksichtigt wie die freie ärztliche Behandlung und Arznei für Knappschaftsinvaliden.

38. Es wird zwischen Gemeinlast und Sonderlast unterschieden. Die Gemeinlast wird von allen Bezirksknappschaften gemeinsam aufgebracht und sie setzt

17c. Rentenleistungen der reichsknappschaftlichen Angestellten-Pensionskasse.

Lohn-Klasse	Monatliches Gehalt	Monatlicher Beitrag [40a]	Jährliche Angestelltenrente nach Beitragsjahren			
			5	10	25	35
	RM	RM	RM	RM	RM	RM
A	0 —50	5.04	495.—	525.—	691.50	721.50
B	50—100	10.08	510.—	570.—	903.—	963.—
C	100—200	20.16	540.—	660.—	1326.—	1446.—
D	200—300	30.24	570.—	750.—	1749.—	1929.—
E	300—400	40.32	600.—	840.—	2172.—	2412.—
F	400—500	50.40	630.—	930.—	2595.—	2895.—
G	500—600	60.48	667.50	1042.50	3123.75	3498.75
H	über 600	70.56	705.—	1155.—	3652.50	4102.50
I	bis 800	80.64	720.—	1200.—	3864.—	4344.—
K	„ 900	90.72	750.—	1290.—	4287.—	4827.—

sich zusammen aus den Posten: für Invalidenpensionen, Waisengelder und Bestattungsbeihilfen, für die Rücklage der Gemeinlast und Verwaltungskosten der Reichsknappschaft.

Die Sonderlast ist von jeder Bezirksknappschaft selbständig aufzubringen. Sie umfaßt die Deckungsmittel für die Invalidenpension in Höhe von 20 v. H. dieser Leistungen, für die Alterspension bezw. das Altersruhegeld, für freie ärztliche Behandlung und Arznei, für freiwillige Leistungen und Heilverfahren, für die Verwaltungskosten der Bezirksknappschaften Vgl. §§ 28, 32 ff., 72, 127 ff. Reichsknappschaftsgesetz.

39. Vgl. Zahl, „Die Verteilung der Beitragslasten in der Invalidenversicherung“ in „Soziale Zukunft“ Jahrg. 1929 Nr. 2 S. 11 ff.

40. Bei Lohnklasse I wurde die Beschränkung, daß das Invalidengeld 100 v. H. des Jahresarbeitsverdienstes nicht überschreiten darf, unberücksichtigt gelassen, um die im folgenden dargestellten Erscheinungen nicht undeutlich werden zu lassen.

40a. Die Beiträge sind die Durchschnittsbeiträge des Monats Juni 1931, und zwar Arbeitgeber- und Versichertenanteil ungetrennt. Sie betragen in der Arbeiterpensionskasse 8,75 v. H., in der Angestelltenpensionskasse 10,08 v. H. des Endbetrages der Gehaltsklasse. Die Werte werden infolge des Umlageverfahrens schwankender Natur sein, werden sich aber um die in den obigen Rechnungen benutzten Zahlen eng herum bewegen. (Nach eigenen Angaben der Reichsknappschaft.)

Eine Betrachtung obiger Tabellen zeigt, daß mit dem Steigen des Wochenbeitrags die Renten nicht in gleicher Weise Schritt halten. Einer Vervielfachung des Wochenbeitrags in höheren Lohn- bezw. Gehaltsklassen gegenüber den untersten Einkommensklassen steht keine gleiche Steigerung der Rentenbeträge gegenüber.

Beträgt bei der Invalidenversicherung (Tab. 17) in Lohnklasse III der Beitrag das dreifache von dem der Lohnklasse I, so ist die Rente nach 5 Beitragsjahren nicht auch auf das Dreifache, sondern nur auf das 1,1 fache und nach 35 Beitragsjahren erst auf das 1,6 fache der Rentenleistungen in der Lohnklasse I angestiegen. Das Verhältnis von Rentenleistungen zu Beitrag wird für den Versicherten umso günstiger, je höher seine Lohnklasse ist. So zahlt der Angehörige der Lohnklasse V das fünffache des Beitrags der Klasse I, erhält aber nach 5 Beitragsjahren an Rente nur das 1,2 fache, nach 35 Beitragsjahren das 2,2 fache der Rentenleistungen von Klasse I zurück.

Das gleiche Bild geben Angestelltenversicherung und knappschaftliche Pensionsversicherung ab.

In der Angestelltenpensionskasse zeigt sich ein noch ungünstigeres Verhältnis als bei der Arbeiterpensionskasse. Ist in der Gehaltsklasse B der Angestelltenkasse (Tab. 17c) der Beitrag auf das Doppelte des Beitrags der niedrigsten Gehaltsklasse A gestiegen, so beträgt die Rentenleistung nach 5 Beitragsjahren in Klasse B erst drei Hundertstel der Rente der Klasse A mehr, nach 35 Beitragsjahren das 1,3 fache der Rentenleistung in Klasse A.

Der Angehörige der Gehaltsklasse D zahlt sechs Mal soviel an Beitrag wie die Klasse A, erhält aber nach 5 Beitragsjahren nur zwei Zehntel an Rente mehr, als die Klasse A; nach 35 Beitragsjahren hat sich dann das Verhältnis auf das 2,7 fache der Rentenleistung in Klasse A verbessert.

Das Zurückbleiben der Steigerung des Rentenbetrages hinter der Steigerung des Beitrages wird noch deutlicher bei einer Untersuchung dahingehend, welche Rentenleistungen bei einem einheitlichen Wochenbeitrag von RM. 0.10 bezw. RM. 1.— die einzelnen Lohnklassen zu beanspruchen haben. Es stehen also einheitlichen Leistungen der versicherten Personen verschiedene Rentenansprüche derselben einander gegenüber (Tab. 18, 18a, 18b, 18c).

18. Invalidenrentenleistungen auf RM. 0.10 Wochenbeitrag bezogen.

Lohnklasse	Wochenarbeitsverdienst	Wöchentlicher Beitrag	Jährliches Invalidengeld nach Beitragsjahren		
			5	20	35
	RM	RM	RM	RM	RM
I	0—6	0.10	85.—	100.—	115.—
II	6—12	0.10	45.—	60.—	75.—
III	12—18	0.10	31.67	46.67	61.67
IV	18—24	0.10	25.—	40.—	55.—
V	24—30	0.10	21.—	36.—	51.—
VI	30—36	0.10	18.33	33.33	48.33
VII	über 36	0.10	17.—	32.—	47.—

Es wird genügen, in den Tabellen der Angestellten- und knappschaftlichen Pensionsversicherung nur vier Gehalts- oder Beitragsklassen zur Darstellung zu bringen.

18a. Angestelltenrentenleistungen auf RM. 1.— monatlichen Beitrag bezogen.

Klasse	Monatlicher Beitrag	Gehalt	Jährliches Ruhegeld nach Beitragsjahren		
			5	20	35
	RM	RM	RM	RM	RM
A	1.—	0—50	249.30	276.—	303.—
C	1.—	100—200	69.—	96.—	123.—
E	1.—	300—400	39.—	66.—	93.—
H	1.—	600 und darüber	25.—	52.—	79.—

18b. Knappschaftl. Invalidenrentenleistungen auf RM. 1.— monatlichen Beitrag bezogen.

Lohnklasse	Monatl. Arbeitsverdienst	Monatlicher Beitrag	Jährliche Invalidenrente nach Beitragsjahren			
			5	10	25	35
	RM	RM	RM	RM	RM	RM
I	0—75	1.—	29.04	35.90	73.97	80.83
III	100—125	1.—	18.78	25.64	63.69	70.54
V	150—175	1.—	14.40	21.26	59.32	66.18
VII	über 200	1.—	11.96	18.82	56.87	63.73

18c. Knappschaftl. Angestellten-Rentenleistungen auf RM. 1.— monatlichen Beitrag bezogen.

Gehaltsklasse	Monatlicher Gehalt	Monatlicher Beitrag	Jährliche Angestelltenrente nach Beitragsjahren			
			5	10	25	35
	RM	RM	RM	RM	RM	RM
A	0—50	1.—	98.21	104.17	137.20	143.15
C	100—200	1.—	26.79	32.74	65.77	71.73
E	300—400	1.—	14.88	20.83	53.87	59.82
H	über 600	1.—	9.78	15.73	48.77	54.71

Aus obigen Tabellen geht klar hervor, daß nach 5 Beitragsjahren die höchste Lohnklasse gegenüber der niedrigsten nur ein Fünftel an Invalidengeld erhält (Tab. 18). Dieses Verhältnis verbessert sich mit zunehmenden Beitragsjahren, jedoch ist nach 35 Jahren noch nicht einmal die Hälfte erreicht. Die höheren Beitragsklassen sind also wesentlich ungünstiger gestellt als die niedrigeren Klassen. Es kann sogar von einem abnehmenden Rentenertrag, vom Standpunkt des Versicherten aus gesehen, gesprochen werden.

Bei der Angestelltenversicherung und der knappschaftlichen Angestelltenpensionskasse ist das Sinken der Rentenleistungen bis auf unverhältnismäßig niedrige Werte besonders auffallend. Sinkt doch die Rente bis auf ein Zehntel des Anfangswertes nach 5 jähriger Beitragszahlung (Tab. 18a, 18c).

Dieselbe Erscheinung ist in etwas anderer Fassung in den folgenden Tabellen 19, 19a, 19b sichtbar. Dort ist das Verhältnis, in dem die Rentenleistungen der vorhergehenden Tabellen zueinander stehen, dadurch hervorgehoben worden, daß die Zahlen der ersten Zeilen, also der niedrigsten Lohn- und Beitragsklasse gleich 100 gesetzt wurden.

Man kann hier von einer Darstellung des wirtschaftlichen Effektes der sozialen Rentenversicherungen sprechen. Je höher die Einkommensklasse bezw. der Beitrag ist, desto geringer sind die Versicherungsleistungen.

19. Der wirtschaftliche Effekt der Invalidenversicherung.

Lohnklasse	Wochen-Arbeits-Verdienst	Jährliches Invalidengeld nach Beitragsjahren.		
		5	20	35
I	0—6	100	100	100
III	12—18	37,26	46,47	53,63
V	24—30	24,70	36,00	44,35
VII	über 36	20,00	32,00	40,87

19a. Darstellung des wirtschaftlichen Effektes der Angestelltenversicherung.

Klasse	Gehalt	Jährliches Ruhegeld nach Beitragsjahren		
		5	20	35
A	0—50	100	100	100
C	100—200	27,71	34,78	40,59
E	300—400	15,66	23,91	30,69
H	600 und darüber	10,04	18,84	26,07

19b. Der wirtschaftliche Effekt der knappschaftlichen Pensionsversicherung.

Arbeiter-Pensionskasse.

Einkommensklasse	Monatl. Einkommen	Jährliche Rente nach Beitragsjahren.			
		5	10	25	35
I	0—75	100	100	100	100
III	100—125	64,60	71,28	85,98	87,47
V	150—175	49,54	59,10	80,08	82,06
VII	über 200	41,14	52,32	76,77	79,03

Angestellten-Pensionskasse.

A	0—50	100	100	100	100
C	100—200	27,33	31,43	48,01	50,21
E	300—400	15,18	20,00	39,33	41,87
H	über 600	9,98	15,10	35,60	38,30

Die höheren Einkommensstufen werden zugunsten der niedrigeren belastet. Diese Belastung geht soweit, daß die Angestellten mit den höchsten Pflichtbeiträgen für einen gleich hohen Beitrag nur ein Zehntel bis höchstens ein Viertel an Ruhegeld von dem zu erwarten haben, was den Angestellten der Klasse A zusteht. Die Angestellten in den mittleren Einkommensklassen haben ungefähr nur ein Siebentel bis höchstens ein Drittel dessen zu beanspruchen, was Klasse A zusteht (Tab. 19a).

Bei der knappschaftlichen Versicherung ist ersichtlich, daß der wirtschaftliche Effekt bei der Arbeiterpensionskasse um ein Drittel besser ist als bei der Angestelltenkasse, bei der, ganz ähnlich der reichsgesetzlichen allgemeinen Angestelltenversicherung, die Belastung der höheren Einkommen zugunsten der niedrigen Einkommen noch ausgeprägter ist.[41]

41. Es könnte eingewendet werden, daß in der Praxis in den niedrigsten Einkommensklassen nur Lehrlinge enthalten sein werden und diese Klassen daher nicht so häufig sind, sodaß ihre Heranziehung zu Vergleichen ungerechtfertigt wäre. Das ist aber nicht der Fall. Für arbeitslose Versicherte werden von der Arbeitslosenversicherung die Beiträge gerade der unteren Einkommensklassen geleistet, um die Antwartschaften der Versicherten aufrecht zu erhalten. Bei der heutigen großen Zahl von Arbeitslosen

Für die Leistungen der Hinterbliebenenrenten sind die gleichen Abweichungen vom Prinzip der Verhältnismäßigkeit von Leistung und Gegenleistung gegeben. Da die Hinterbliebenenrenten in der Angestelltenversicherung (Witwenrente 60 v. H., Waisenrente 50 v. H. des Ruhegeldes) und in der knappschaftlichen Pensionsversicherung (Witwenpension sechs Zehntel des Invaliden- bezw. Ruhegeldes, Waisengeld in der Arbeiterkasse zwei Zehntel von der Invalidenpension, in der Angestelltenkasse fünf Zehntel vom Ruhegeld) Bruchteile der Hauptrenten sind, so übernehmen sie damit auch das bei den Hauptrenten herrschende Verhältnis von Leistung und Gegenleistung.

Bei der reichsgesetzlichen allgemeinen Invalidenversicherung werden die Rentenleistungen an Hinterbliebene in der gleichen Weise wie die Hauptrenten aus den gegebenen Grundgrößen berechnet. Es sind wieder nur vier Lohngruppen angeführt worden. Die Werte für die übrigen Lohngruppen fallen oder steigen in demselben Maße wie die vier dargestellten Lohngruppen.

20. Die Leistungen an Witwengeld und Waisengeld.

Lohnklasse	Wochenarbeitsverdienst des Ernährers bezw. Versorgers	Wochenbeitrag	Jährliches Witwengeld nach Beitragsjahren			Jährliches Waisengeld nach Beitragsjahren		
			5	20	35	5	20	35
		RM	RM	RM	RM	RM	RM	RM
I	0—6	0,30	181,80	208,80	235,80	127,50	150,00	172,50
III	12—18	0,90	199,80	280,80	361,80	142,50	210,00	277,50
V	24—30	1,50	217,80	352,80	487,80	157,50	270,00	382,50
VII	über 36	2,00	232,80	412,80	592,80	170,00	320,00	470,00

Der wirtschaftliche Effekt der Hinterbliebenenversicherung ergibt sich dadurch, daß wiederum die Zahlen der ersten Reihe in der Tab. 21 gleich 100 gesetzt wurden.

stellen diese immerhin eine beträchtliche Belastung der voll Beschäftigten dar.

Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte versuchte mit ähnlichen Argumenten Darlegungen über Leistung und Gegenleistung in der Angestelltenversicherung zu widerlegen.

Vgl. Zahl, „Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte über Leistung und Gegenleistung in der Angestelltenversicherung“ in „Soziale Zukunft“ Jahrg. 1929 Nr. 5 S. 36.

21. Der wirtschaftliche Effekt der Hinterbliebenenversicherung.

Lohnklasse	Wochenarbeitsverdienst des Ernährers bezw. Versorgers	Jährliches Witwengeld nach Beitragsjahren			Jährliches Waisengeld nach Beitragsjahren		
		5	20	35	5	20	35
	RM	RM	RM	RM	RM	RM	RM
I	0—6	100	100	100	100	100	100
III	12—18	36,63	44,83	51,15	37,23	46,66	53,62
V	24—30	24,26	33,79	41,38	24,71	36,00	44,35
VII	über 30	19,21	29,66	37,71	20,00	32,00	40,87

Bei dem Vergleich des Witwen- und Waisengeldes mit der Invalidenrente ergibt sich die Feststellung, daß die Höhe des Witwengeldes eines einheitlichen Beitrags von z. B. 0,10 unter der Annahme, daß der Wert in Klasse I 100 v. H. beträgt und die in Tabelle 21 stehenden Werte Hundertsätze von Klasse I sind, noch um fast 5 v. H. geringer ist als die Höhe der Invalidenrente und des Waisengeldes in den entsprechenden Lohnklassen. Denn, haben wir in der Lohnklasse III einen Wert der Invalidenrente von noch 37,3 v. H. derjenigen der Klasse I (Tab. 19), so ist der korrespondierende Wert für die Witwenrente nur 36,6 v. H. (Tab. 21). Das bedeutet nun keinen sehr großen Unterschied der Werte, zeugt aber auch von einer Verschiedenheit der Abweichung vom Prinzip der Verhältnismäßigkeit von Leistung und Gegenleistung selbst unter den einzelnen Rentengattungen.

Die Abweichungen vom Aequivalenzprinzip bei den einzelnen Einkommensklassen beruhen in den festen Grundbeträgen der Renten (bei der Invalidenversicherung tritt noch der Reichszuschuß bei), die in allen Einkommensklassen die gleichen sind. Bei der reichsgesetzlichen allgemeinen Invalidenversicherung wird der feste Reichszuschuß von RM. 72.— und der Grundbetrag von RM. 168.— gleichmäßig für die Invalidenrente aller Lohnklassen gezahlt. Diese beiden Beträge treten nach Erfüllung der Wartezeit ohne Zutun des Versicherten zur Rente hinzu. Auf die Höhe der bisher geleisteten Beiträge des Versicherten wird dabei keine Rücksicht genommen. Diese beiden Beträge sind für alle Lohnklassen im Verhältnis zu den durch die Beitragsleistung erworbenen Ansprüche sehr groß. Es werden dadurch die Invalidenrenten für die höheren Klassen unverhältnismäßig herabgedrückt. Die beiden Beträge von zusammen RM 240.— stehen auch zu dem Einkommen der einzelnen Lohnklassen in einem ganz verschiedenen Verhältnis. Bei Lohnklasse I

machen diese Beträge 80 v. H., bei Lohnklasse IV 20 v. H. und bei Lohnklasse VII nur 12 v. H. des jeweiligen Höchstjahresarbeitsverdienstes aus.

Bei der Angestelltenversicherung spielt der feste jährliche Rentengrundbetrag von RM 480.— die gleiche Rolle. Er macht bei einem Einkommen von jährlich RM 600.— 80 v. H., bei einem Einkommen von RM 7000.— 6,9 v. H. des Einkommens aus. Man geht also bei Klasse A von einem Grundbetrag von 80 v. H. aus, in Klasse H von einem Grundbetrag von 6,9 v. H. Da die Beiträge 4 v. H. des Höchsteinkommens der betreffenden Klasse darstellen, und 15 v. H. dieser Beiträge die Steigerungsbeträge ausmachen, so steigt der jährliche Ruhegeldanspruch um 0,6 v. H. (0,04 mal 0,15 gleich 0,006) oder sechs Tausendstel des Gehaltes.

In der knappschaftlichen Pensionsversicherung wiederholen sich die Grundbeträge der Invaliden- und der Angestelltenversicherung, es fehlt jedoch der Reichszuschuß.

Die höheren Lohnklassen müssen zur Deckung der Aufwendungen an Grundbeträgen für die niedrigeren Beitragsklassen herangezogen werden, da außer den Reichszuschüssen die Mittel von Arbeitgeber und Versicherten aufgebracht werden müssen.

Würden die Untersuchungen auf den Kinderzuschuß ausgedehnt werden, so würde das Verhältnis der Renten zu den Beiträgen bei den verschiedenen Einkommensklassen sich noch ungünstiger gestalten, da sich dann der feste Grundbetrag in den niederen Einkommensklassen bis zu 100 v. H. und darüber hinaus des Höchstarbeitsverdienstes erheben würde.

Die Darstellungen des wirtschaftlichen Effektes zeigen, daß, je höher die Einkommensklasse bezw. der Beitrag ist, desto geringer die Leistungen der Versicherung sind, bezogen auf die Geldeinheit. Für die Angehörigen der sozialen Rentenversicherungen wird es deshalb am vorteilhaftesten erscheinen müssen, nur Beiträge in der geringst möglichen Zahl und Höhe, die zur Aufrechterhaltung der Anwartschaft nötig sind, zu entrichten.

II. Leistung und Gegenleistung bei männlichen und weiblichen Versicherten.

Die Untersuchungen über das Risiko der weiblichen Versicherten in der Invalidenversicherung leiden insofern, als keine ausreichenden Unterlagen über die Rentenzahl der weiblichen Versicherten vorhanden sind. Es kann daher nur aus den vorhandenen Angaben geschlossen werden, daß die weiblichen Versicherten vorläufig ein günstiges Risiko darstellen, eine Annahme, die auch aus den dann

folgenden Ausführungen für die Angestelltenversicherung bestätigt wird.

Im Jahre 1929 besaß die Invalidenversicherung rd. 10,8 Millionen männlicher Pflichtversicherten und 7,2 Millionen weiblicher Pflichtversicherten.[1] Die Zahl der versicherten Frauen betrug demgemäß 66,7 v. H. der Zahl der männlichen Versicherten. Die Frauen nehmen also in der Invalidenversicherung in der Gesamtzahl der Versicherten einen erheblichen Platz ein.

Die Anzahl der durchschnittlich von jedem Versicherten entrichteten Wochenbeiträge wurde zuletzt auf 43 im Jahr geschätzt.[2] Sie ist natürlich stark von den Verhältnissen am Arbeitsmarkt abhängig.

Die durchschnittliche Höhe der für die Invalidenversicherung entrichteten Wochenbeiträge betrug im Jahre 1929 RM 1.42.[3]

Aus diesen Angaben lassen sich die Beitragszahlungen der männlichen Versicherten in Höhe von RM 659 448 000, die der weiblichen Versicherten mit RM 439 632 000 errechnen.[4]

Die Rentenleistungen an die weiblichen Versicherten sind in Rücksicht auf die allgemein niedrigen Lohnklassen, denen die Frauen angehören, niedriger als die Renten an Männer. So betrug im 1. Vierteljahr 1930 die durchschnittliche Invalidenrente (ohne Kindergeld) an Männer RM 42.03, an Frauen RM 27.65, die durchschnittliche Invalidenrente aller Rentenbezieher betrug RM 37.71.[5]

Bei der Landesversicherungsanstalt Mittelfranken fielen im Jahre 1930 von 5102 bewilligten Invalidenrenten 3264 auf männliche Versicherte und 1838 auf weibliche Versicherte.[6] Die für weibliche Versicherte bewilligten Invalidenrenten betrugen also 56,3 v. H. der für Männer bewilligten Renten.

Wenn in der gesamten Invalidenversicherung die Zahl der weiblichen Versicherten 66,7 v. H. derjenigen der versicherten Männer, der Neuzugang an Invalidenrenten für Frauen bei einer Landesversicherungsanstalt 56,3 v. H. derjenigen an Männer betrugen, so kann daraus vorsichtig geschlossen werden, daß die weiblichen Versicherten mehr an Beiträgen einzahlen, als sie an Leistungen von der Invalidenversicherung zurückerhalten.[7]

1. Statistik der Sozialversicherung 1929 mit einem Blick auf das Jahr 1930 (Beilage zu den amtlichen Nachrichten für Reichsversicherung 1930 Nr. 12) S. IV. 597.
2. Statistik der Sozialversicherung 1929 a. a. O. S. IV 597.
3. Statistik der Sozialversicherung 1929 a. a. O. S. IV 602.
4. Bei den weiblichen Versicherten ist die wegen ihrer durchschnittlichen Zugehörigkeit zu niedrigeren Lohnklassen geringere Beitragsleistung nicht berücksichtigt worden, da es sich hier um Durchschnittsbeiträge aller Versicherten handelt.
5. Statistik der Sozialversicherung 1929 a. a. O. S. IV 610.
6. Verwaltungsbericht 1930 S. 21 Beilage 7.
7. Unter Ausschaltung der freiwilligen Leistungen.

Die geringeren Beitragsleistungen der weiblichen Versicherten werden durch die niedrigeren Renten wieder ausgeglichen.

Da die Invalidenversicherung von ihrem Beharrungszustand noch weit entfernt ist, kann sich das vorläufig günstige Risiko der weiblichen Versicherten im Laufe der Zeit natürlich ändern.

Die Frauen in der Angestelltenversicherung bieten gleichfalls vorläufig ein günstiges Risiko. Werden sie in Vergleich zu den männlichen Versicherten gesetzt, so erhalten die weiblichen Versicherten von ihrer Beitragsleistung weniger an Leistungen der Versicherung zurück als ihre männlichen Kollegen. Die Frauen müssen auf diese Weise mehr an Beiträgen leisten als es dem Risiko angemessen wäre, das sie der Versicherung bieten. Darin drückt sich eine Abweichung vom Äquivalenzprinzip aus.

Im Jahre 1928 leisteten 1 730 481[8] männliche Versicherte der Angestelltenversicherung bei einem monatlichen Durchschnittsbeitrag von RM 9.73 im Monat[8] RM 16 839 657 an Beiträgen,[8] d. s. im Jahr RM 202 075 884. Dagegen brachten 1 181 296 weibliche Versicherte[8] in demselben Jahr RM 86 143 932 bei einem monatlichen Durchschnittsbeitrag von RM 6,08 für den einzelnen Versicherten (im Monat RM 7 178 661 für alle weiblichen Versicherten) auf.[8]

Die monatlichen Rentenleistungen an Ruhegeld (einschl. Kindergeld) betrugen bei 51 045 männlichen Ruhegeldempfängern[9] RM 4 553 657,[9] im Jahr RM 54 643 488.

Für 19 990 weibliche Ruhegeldempfänger[9] betrugen die Rentenleistungen (einschl. Kindergeld) im Monat RM 1 411 671,[9] d. s. im Jahr RM 16 940 052.

Demgemäß erhielten die männlichen Versicherten 27,0 v. H. ihrer Beiträge an Ruhegeld von der Versicherung zurück; die weiblichen Versicherten dagegen nur 19,7 v. H.

Dieses festgestellte Verhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung bei den weiblichen Versicherten wird eine Reihe von Jahren im Ganzen und Großen gleich bleiben, jedoch unter allmählicher Entwicklung zu einer Steigerung der Rentenleistungen gegenüber den Beitragsleistungen.

Die Erkenntnis, daß die Entwicklung von Leistung und Gegenleistung bei den weiblichen Versicherten den bezeichneten Weg nehmen muß, kann aus der Feststellung der Wahrscheinlichkeit, berufsunfähig zu werden, geschöpft werden, die die Angestelltenversicherung an eigenem Versichertenmaterial in den Jahren 1926 und 1927 vorgenommen hat.

8. Denkschrift über die Vermögenslage der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte nebst versicherungstechnischer Bilanz für den 1. Januar 1928. S. 9, Übers. 4.
9. Bericht des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte über das Geschäftsjahr 1928, S. 6.

In Tabelle 22 enthält Spalte 2 die wahrscheinlichen Zahlen der Berufsunfähigkeitsfälle nach der bisher in der Angestelltenversicherung benutzten Tafel von Zimmermann.[10] Die Spalten 3 und 5 zeigen die wirklichen Ergebnisse der Jahre 1926 und 1927. Spalte 4 zeigt, daß die erwartungsmäßige Berufsunfähigkeit bei den männlichen Versicherten bedeutend geringer einzuschätzen ist, als die bisher von Zimmermann angegebene. Spalte 6 enthält das Ergebnis, daß die Gefahr, berufsunfähig zu werden, bei den weiblichen Versicherten erheblich höher anzusetzen ist, als die Werte der Spalte 2 besagen. Die sehr hohen Hundertsätze der Spalte 6 bei den Altersgruppen bis 27, bis 32 und bis 37 bedeuten allerdings nicht viel, da die absoluten Zahlen, auf die sie sich beziehen, nicht groß sind. Auch ergab die Untersuchung, daß bei den weiblichen Invaliden dieser Altersgruppen eine erhebliche Anzahl von Reaktivierungen auftritt. Immerhin rufen die Invaliditätsfälle der weiblichen Versicherten, wie sich im Ergebnis zeigt, eine erhebliche Belastung hervor, während bei den männlichen Versicherten bei diesem Posten ein günstiges Ergebnis auftritt.[11]

22. Invaliditätswahrscheinlichkeit.[12]

Fünfjährige Altersgruppen	Von 10000 berufsfähigen Versicherten werden im Laufe eines Jahres berufsunfähig				
	nach der Tafel von Zimmermann für das Nichtzugpersonal	nach den Erfahrungen der Reichsversicherungsanstalt in den Jahren 1926 und 1927			
		bei den männlichen Versicherten		bei den weiblichen Versicherten	
	Anzahl	Anzahl	mehr (+) od. weniger (—) geg. Spalte 2	Anzahl	mehr (+) od. weniger (—) geg. Spalte 2
1	2	3	4	5	6
bis 27	5	7	+ 40 v. H.	29	+ 480 v. H.
„ 32	9	8	— 11 „	36	+ 300 „
„ 37	20	14	— 30 „	42	+ 110 „
„ 42	36	21	— 42 „	53	+ 47 „
„ 47	66	31	— 53 „	88	+ 33 „
„ 52	128	60	— 53 „	170	+ 33 „
„ 57	253	142	— 44 „	284	+ 12 „
„ 62	507	416	— 18 „	616	+ 21 „

10. Reichstagsdrucksache Nr. 226, I. Session 1907 Übersicht 29.
11. Vgl. Denkschrift der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte a. a. O. S. 11 und 12.
12. Der Denkschrift der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte a. a. O.

Etwas eingeschränkt wird die Wirkung der höheren Invaliditätswahrscheinlichkeiten der weiblichen Versicherten, wie schon gesagt, durch eine ziemlich hohe Zahl von Reaktivierungen (d. s. Fälle, in denen die Berufsfähigkeit wieder eingetreten ist).

Eine weitere Erscheinung wird dazu beitragen, daß die weiblichen Versicherten nicht immer günstige Risiken bleiben werden. Die Sterblichkeit der aktiven weiblichen Versicherten ist gering. Dem entspricht an und für sich eine lange Dauer der Beitragszahlung. Doch ist hiernach auch ein künftiger starker Zugang von Altersrentnerinnen zu erwarten. Eine gewisse Einschränkung erfahren beide Momente durch das Ausscheiden der weiblichen Versicherten bei Verheiratung. Im Falle der Verheiratung nach Ablauf der Wartezeit für das Ruhegeld und einem Ausscheiden der Versicherten binnen drei Jahren nach der Verheiratung, steht der Versicherten ein Anspruch auf Erstattung der Hälfte der für die Zeit vom 1. Januar 1924 bis zum Ausscheiden geleisteten Beiträge zu.[13]

Bezüglich der weiblichen Versicherten der knappschaftlichen Pensionsversicherung liegen keine Erhebungen vor, und erübrigen sich auch Untersuchungen in dieser Richtung, da die weiblichen Mitglieder der Pensionskassen nur einen winzigen Bruchteil des gesamten knappschaftlichen Mitgliederbestandes ausmachen.

III. Leistung und Gegenleistung bei verheirateten und ledigen Versicherten.

Bei der Betrachtung der Leistungen der Invalidenversicherung ergeben sich insofern Abweichungen vom Prinzip der Verhältnismäßigkeit von Leistung und Gegenleistung, als die verheirateten Versicherten bei gleicher Beitragsleistung wie die der ledigen ein Mehrfaches der Leistungen an die ledigen Versicherten zu beanspruchen haben. Erhält der ledige Versicherte bestenfalls bis zu seinem Tode eine Rente, so treten beim verheirateten Versicherten die Kinderzuschläge hinzu. Nach dem Tode des verheirateten Versicherten treten seine Hinterbliebenen in den Genuß von Witwen- bezw. Waisenrenten ein, deren Zahlung bis zum Tode der Witwe bezw. ihrer Wiederverheiratung und bei den Kindern bis zur Er-

entnommen unter Fortlassung der Zahlen für Direktoren und Oberlehrer in Preußen 1884—1898, abgeleitet von Amtmann.

13. Angestelltenversicherungsgesetz. § 62.

reichung des 16. bezw. 21. Lebensjahres andauert, während der Versicherungsträger beim Tode des ledigen Versicherten von jeder weiteren Leistungspflicht befreit ist. Die Nebenleistung der Versicherung sind bei den verheirateten Versicherten auch entsprechend höher.

Auf die Angestellten- und knappschaftliche Pensionsversicherung trifft das gleiche zu. Die Leistungen an die Hinterbliebenen sind durch die Höchstmaße begrenzt.

Von der Beitragsseite aus gesehen müssen die ledigen Versicherten mehr an Beitrag leisten als die verheirateten Versicherten. Sie werden zugunsten der verheirateten Versicherten belastet. Der Ausgleich durch die Durchschnittsprämie legt einer Versichertengruppe Sonderleistungen auf. Das Äquivalenzprinzip würde entweder eine Beitragsherabsetzung der ledigen Versicherten oder eine Beitragserhöhung der verheirateten Versicherten verlangen.

IV. Die Abweichungen vom Prinzip der Verhältnismäßigkeit von Leistung und Gegenleistung bei verschiedenen Eintrittsaltern und verschiedener beruflicher Tätigkeit.

Das Verfahren der Durchschnittsprämie berücksichtigt in der Invalidenversicherung das Eintrittsalter des Versicherten in die Versicherung bezw. den Zeitpunkt des Eintritts seiner Versicherungspflicht nicht.

Da der Grundbetrag, und bei der Invalidenversicherung der Reichszuschuß, allen Versicherten gleichmäßig gewährt wird, gleichgültig, ob sie 5 oder 30 Jahre Beiträge gezahlt haben, so ergeben sich weitgehende Abweichungen vom Äquivalenzprinzip, da der langjährige Beitragszahler für ungefähr die gleiche Versicherungsleistung das Vielfache von dem eingezahlt hat, was der kurz Versicherte leisten mußte.

Weiterhin ist die erhöhte Invaliditätswahrscheinlichkeit bei älteren Versicherten zu berücksichtigen. Eine Gruppe von Versicherten, die erst in höherem Alter unter die Versicherungspflicht fielen, wird früher höhere Versicherungsleistungen beanspruchen als eine gleich große Gruppe von Versicherten jungen Lebensalters.

Von 100 Renten des Zugangs entfielen auf die einzelnen Altersgruppen im Jahre 1929[1]

1. Statistik der Sozialversicherung. Beilage zu den Amtlichen Nachrichten für Reichsversicherung 1930 Nr. 12 S. 599 Übers. 7.

Alter zur Zeit der Rentenbewilligung	20 bis 24 Jahre	1,538
	25 „ 29 „	2,675
	30 „ 34 „	3,054
	40 „ 44 „	3,830
	50 „ 54 „	8,444
	60 „ 64 „	22,946
	65 „ 69 „	34,249

Stellt man auf Grund vorstehender Altersangaben bei je einer Versichertengruppe von 100 Versicherten Beitragsleistung und Rentenleistung nach 5 jähriger Beitragszahlung einander gegenüber, so erhält man ein Bild von dem Risiko, das die Versichertengruppen verschiedenen Eintrittsalters bieten. Das Eintrittsalter ist um je 5 Jahre in Berücksichtigung der Beitragszahlung gegenüber den vorstehenden Rentenbewilligungsaltern vordatiert worden. Als Lohnklassen sind die Klassen I und V herausgegriffen worden.

24. Nach 5jähriger Beitragszahlung entfielen auf je 100 Versicherte an Beitrag und Rente.

Eintrittsalter Jahre	Lohnklasse	Gesamtbeitrag RM	Jahresrente absolut RM	Jahresrente v. H. des Gesamtbeitrag	Lohnklasse	Gesamtbeitrag RM	Jahresrente absolut RM	Jahresrente v. H. des Gesamtbeitrags
16 bis 19	I	7500	392	5,2	V	37500	484	1,3
25 „ 29	I	7500	804	9,4	V	37500	994	2,7
35 „ 39	I	7500	977	13,0	V	37500	1206	3,2
45 „ 49	I	7500	2153	28,7	V	37500	2660	7,1
55 „ 59	I	7500	5851	78,0	V	37500	7228	19,3
60 „ 64	I	7500	8733	116,4	V	37500	10788	28,8

Aus Tabelle 24 ist ersichtlich, daß die jungen Jahrgänge weit mehr an Beitrag zahlen, als sie an Versicherungsleistungen beanspruchen, um dann mit zunehmendem Alter ihren Beitragsfonds mehr und mehr aufzuzehren. Hundert Versicherte des Eintrittsalters von 50 Jahren beanspruchen die Versicherung um das Mehrfache der Beanspruchung durch die Versicherten des Eintrittsalters von z. B. 20 Jahren.

Die Tatsache zeigt sich auch bei dieser Berechnung wieder, daß die unteren Lohnklassen mehr von der Versicherung verlangen als die höheren Lohnklassen, denn 100 Versicherte des Eintrittsalters von 60 Jahren erhalten in der Lohnklasse I 116,4 v. H. des Gesamtbeitrages während 5 Jahren an Jahresrente zurück, in der Lohnklasse 5 dagegen nur 28,8 v. H.

Diese Ergebnisse sind auch symptomatisch für die Angestellten- und knappschaftliche Pensionsversicherung. Natürlich werden dort die einzelnen Verhältnisse von veränderten Größen sein.

Bezüglich der Invaliditätswahrscheinlichkeit der verschiedenen Berufe wird auf die Ergebnisse der Arbeit von Teleky im Krankenversicherungsteil verwiesen, da mit der gesundheitlichen Gefährlichkeit der einzelnen Berufe auch die Invaliditätswahrscheinlichkeit im Zusammenhang steht.

V. Die Abweichungen vom Prinzip der Verhältnismäßigkeit von Leistung und Gegenleistung, hervorgerufen durch Reichszuschuß und Arbeitgeberbeiträge.

Die Invalidenversicherung ist von vornherein gesetzlich auf einen Reichszuschuß aufgebaut gewesen. Sie gilt daher auch als typische Sozialversicherung, die von der öffentlichen Hand subventioniert wird. Die knappschaftliche Pensionsversicherung war ursprünglich ohne Subventionen gedacht. Vom 1. Mai 1929 trat insofern eine Änderung ein, als der Reichsknappschaft Zuwendungen aus Mitteln der Lohnsteuer (Lex Brüning) vom Reich zur Verfügung gestellt wurden. Hierdurch konnte der Beitrag in der Arbeiterpensionskasse allgemein auf 8,5 v. H. vom tatsächlichen Arbeitsverdienst gesenkt werden und die Sonderlast- und Zuschlagsbeiträge in Fortfall kommen. In der Angestelltenpensionskasse wurden dagegen sämtliche Beiträge um 20 v. H. gesenkt. An der Senkung waren die Versicherten mit zwei Drittel, die Arbeitgeber mit einem Drittel beteiligt. Die Angestelltenversicherung erhält keine Zuschüsse von dritter Seite.

Die Subventionierung der Invalidenversicherung zerfällt in den Reichszuschuß, Reichsbeitrag und Zuwendungen aus Zollmitteln.

Im Jahre 1929 betrugen:

Reichszuschuß	RM 205,8 Millionen
Reichsbeitrag	RM 179,5 Millionen
Zollmittel	RM 32,0 Millionen[1]
Gesamt:	RM 417,3 Millionen.

1. Statistik der Sozialversicherung 1929 a. a. O. Übers. 21 S. IV 610; ferner S. IV 605.

Die Subventionen an die Invalidenversicherung betrugen 76,4 v. H. der Beiträge der Versicherten (ohne Arbeitgeberanteil).

Die Beiträge der Versicherten betrugen im gleichen Jahr RM 546,02 Millionen.[2] Die Versicherungsleistungen beliefen sich für

Rentenleistungen	RM 769 956 132,80
Freiwillige Leistungen	RM 97 622 152,65
Gesamt:	RM 867 578 285,45

Die Versicherungsleistungen übertreffen die Beiträge der Versicherten (ohne Arbeitgeberanteil)[2] um RM 321 558 285,45 gleich 58,8 v. H. der Beiträge der Versicherten (ohne Arbeitgeberanteil).

In der knappschaftlichen Arbeiterpensionskasse betrugen im Jahre 1929 die Gesamtbeitragseinnahmen[3] RM 164 205 166,06, die sich aus einem Arbeitgeberanteil von 3,6 v. H. vom tatsächlichen Arbeitsverdienst oder 41 v. H. des Gesamtbeitrags, und aus den Versichertenbeiträgen von 5,0 v. H. des tatsächlichen Arbeitsverdienstes oder 59 v. H. des Gesamtbeitrags zusammensetzen.

Der Reichszuschuß betrug RM 50 471 590,86 gleich 52,0 v. H. der Beiträge der Versicherten (ohne Arbeitgeberanteil). Die Ausgaben[4] setzten sich bei der Arbeiterpensionskasse zusammen aus:

Pflichtleistungen	RM 184 650 663,76
Freiwillige Leistungen	RM 2 458 927,92
Gesamt:	RM 187 109 591,68

Die Leistungen der Versicherung überstiegen die Beiträge der Versicherten (ohne Arbeitgeberanteil) um RM 90 228 473,70 gleich 93,1 v. H. der Beiträge der Versicherten.

In der Angestelltenpensionskasse setzten sich die Gesamtbeiträge in Höhe von RM 28 073 972,65 zusammen aus dem Arbeitgeberanteil:

Gemeinlast	3,33 v. H.
Sonderlast	0,8 v. H.
Zuschlag nach § 129 RKG	0,5 v. H.
	4,63 v. H.

2. Gesamtbeitragseinnahme (einschl. Arbeitgeberanteil) betrug RM. 1092,05 Millionen. (Statistik der Sozialversicherung 1929 a. a. O. S. VI 610.) Von der gesamten Beitragseinnahme sind 50 v. H. als Arbeitgeberanteil abgezogen worden. Das Ergebnis ist insofern ungenau, als die Beiträge der rd. 1,62 Millionen freiwillig Versicherten die meist Weiterversicherte sind, und der rd. 180 000 Selbstversicherer bei der Trennung nicht berücksichtigt worden sind, die ja die vollen Beiträge, also auch den Arbeitgeberanteil leisten.
3. Die Verwaltungskosten betrugen bei der Arbeiterpensionskasse 7995624 RM. gleich 4,87 v. H. der Gesamtbeiträge.
4. Statistik der Sozialversicherung 1929 a. a. O. S. IV. 643 ff.

des tatsächlichen Arbeitsverdienstes oder 41,0 v. H. des Gesamtbeitrags gleich RM 11 510 328,79, und den Versichertenbeiträgen:

Gemeinlast	4,67 v. H.
Sonderlast	1,2 v. H.
Zuschlag nach § 129 RKG	0,8 v. H.
	6,67 v. H.

des tatsächlichen Arbeitsverdienstes oder 59 v. H. des Gesamtbeitrags gleich RM 16 563 643,86.

Der Reichszuschuß betrug RM 5 778 409,14 gleich 34,8 v. H. der Beiträge der Versicherten.

Die Ausgaben[5] setzten sich bei der Angestelltenpensionskasse zusammen aus:

Pflichtleistungen	RM 33 389 263,89
Freiwillige Leistungen	RM 2 458 927,92
	RM 35 848 191,81

Die Leistungen der Versicherung überstiegen die Beiträge der Versicherten (ohne Arbeitgeberanteil) um RM 19 284 547,95 gleich 116,4 v. H. der Beiträge der Versicherten.

Bei der Angestelltenversicherung fällt das Überschreiten der Beitragsleistungen durch die Versicherungsleistungen bezüglich des Reichszuschusses fort. Für das Überschreiten der Beitragsleistungen der Versicherten (ohne Arbeitgeberanteil) sind vorstehende Berechnungen auch für die Angestelltenversicherung symptomatisch.

Es zeigt sich also, daß durch Subventionen der öffentlichen Hand in der Sozialversicherung und durch die Arbeitgeberbeiträge die Versicherten Leistungen erhalten, die sie nicht durch ihre eigenen Beiträge aufzubringen haben, wie es das Prinzip der Gleichheit von Leistung und Gegenleistung erforderte.

Es sei noch auf die zukünftige finanzielle Gestaltung der Invalidenversicherung hingewiesen, die sich auf Grund des angewendeten Umlageverfahrens bei gleichen Beitrags- und Rentenleistungen wie die bestehenden ergeben wird. Der Nachweis, daß die Versicherten durch ihre Beitragsleistungen keine Gegenleistung für die zukünftigen Rentenleistungen bieten, wird in der folgenden Tabelle dadurch geführt, daß die Schätzungen über die Vermögensbildung nach den amtlichen Quellen wiedergegeben wird. Aufzehrung des Vermögens wird durch ein negatives Vorzeichen gekennzeichnet. Die schätzungsweise Abnahme des Vermögens der Invalidenversicherung wird in der dritten Spalte der Tabelle dargestellt.

5. Die Verwaltungskosten betrugen bei der Angestelltenpensionskasse RM. 1 264 006,98 gleich 4,5 v. H. der Gesamtbeiträge.

25. Der jährliche Überschuß in der Invalidenversicherung und ihr geschätztes Vermögen.

Zu Ende des Jahres	Jährlicher Überschuß in der Invalidenversicherung[6] in Millionen RM	Geschätztes Vermögen der Invalidenversicherung[7] in Millionen RM
1929	290	1568
1930	215	1783
1931	170	1953
1932	20	1973
1933	— 50	1923
1934	— 135	1788
1935	— 245	1543
1936	— 340	1203
1937	— 425	778
1938	— 520	258

Ausbleibende Vermögensbildung und Kapitalverzehr bedeuten Abnahme des Vermögens der Invalidenversicherung. Ihre Zukunft wird nur Abbau der Leistungen oder Erhöhung der Beiträge bringen können.

3. Kapitel.

Die Arbeitslosenversicherung.

Der Zweck der Arbeitslosenversicherung ist gemäß ihrem Namen der, bei unverschuldeter Arbeitslosigkeit den der Versicherung angehörenden Lohnempfänger zu unterstützen.

Anspruch auf Arbeitslosenunterstützung hat, wer arbeitsfähig, arbeitswillig, aber unfreiwillig arbeitslos ist, die Anwartschaftszeit erfüllt und den Anspruch auf Arbeitslosenunterstützung noch nicht erschöpft hat.

Die Arbeitslosenunterstützung besteht aus der Hauptunterstützung und den Familienzuschlägen für Angehörige. Die Höhe der Unterstützung bestimmt sich nach dem Arbeitsentgelt.

Der Arbeitslose ist während des Bezugs der Hauptunterstützung für den Fall der Krankheit versichert. Aus Mitteln der Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung sind ferner für die Invaliden-, Angestellten- und knappschaftlichen Pen-

6. Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung 1930, Heft 3.
7. Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung 1930, Heft 3.

sionsversicherung der Arbeitslosen während des Bezugs der Hauptunterstützung die Beiträge (Anerkennungsgebühren) zu entrichten, die zur Erhaltung der Anwartschaften gemäß § 1280 RVO., § 54 Abs. 1 des Angestelltenversicherungsgesetzes, § 76 des Reichsknappschaftsgesetzes notwendig sind. In Fällen besonderer Härte, insbesondere, wenn zur Erfüllung der Wartezeit nur noch eine geringe Zahl von Beiträgen erforderlich ist, ist das Arbeitsamt verpflichtet, auf Antrag die benötigten Beiträge zu leisten.

Die Arbeitslosenversicherung kennt auch eine freiwillige Versicherung, eine sogenannte Versicherungsberechtigung. Freiwillig Versicherte tragen die Beiträge allein, während Versicherungspflichtige und ihre Arbeitgeber die Beiträge je zur Hälfte entrichten.

In Zeiten besonders ungünstiger Arbeitsmarktlage hat der Reichsarbeitsminister nach Anhörung des Verwaltungsrats der Reichsanstalt die Gewährung der Arbeitslosenunterstützung als Krisenunterstützung über die zeitliche Begrenzung von 26 bezw. 20 Wochen hinaus zuzulassen. Die Zulassung kann auch auf bestimmte Personengruppen oder Bezirke beschränkt werden, ebenso die Höhe der Unterstützung und die Dauer ihrer Gewährung.[1]

I. Leistung und Gegenleistung bei den verschiedenen Lohnklassen.

Wird die Arbeitslosenunterstützung erstmalig nach Inkrafttreten des AVAVG. beantragt, so ist die Anwartschaftszeit erfüllt, wenn der Arbeitslose in den letzten zwei Jahren in einer versiche-

1. Vgl. VO. über Krisenunterstützung für Arbeitslose vom 28. Sept. 1927, abgeändert durch VO. über die Höchstdauer der Krisenunterstützung für Arbeitslose vom 27. August 1928 (RGBl. I 1928, S. 315), und VO. über die Prüfung der Bedürftigkeit bei der Krisenunterstützung für Arbeitslose vom 6. November 1928 (RGBl. I. 1928, S. 385), ferner Erlaß über Personenkreis und Dauer der Krisenunterstützung vom 29. Juni 1929 (RGBl. I 1929, S. 161).
Nach der zweiten Verordnung des Reichspräsidenten zur Sicherung von Wirtschaft und Finanzen vom 5. Juni 1931 (R.G.Bl. I 1931 S. 279 ff.) sind Empfänger von Krisenunterstützung verpflichtet, die Beträge, die für sie aus der Krisenfürsorge als Hauptunterstützung aufgewendet werden, zu erstatten, sobald und soweit sie hinreichendes Vermögen oder Einkommen haben und ihr Fortkommen durch die Erstattung der Unterstützung nicht unbillig erschwert wird. Grundsätzlich darf die Erstattung erst verlangt werden, wenn der Unterstützungsempfänger nach dem Ausscheiden aus der Krisenunterstützung oder der öffentlichen Fürsorge seit mindestens drei Monaten nicht nur vorübergehend wieder in Arbeit steht. In einem früheren Zeitpunkt darf die Erstattung nur verlangt werden, wenn dieses ohne besondere Härte möglich ist. Praktisch wird diese Bestimmung von geringer Bedeutung sein, zumal bei der jetzigen Lage der Wirtschaft und des Arbeitsmarktes.

rungspflichtigen Beschäftigung gestanden hat.[2] Für spätere Unterstützungen ist die Anwartschaftszeit erfüllt, wenn der Arbeitslose in den letzten zwölf Monaten vor der Arbeitslosmeldung wenigstens 26 Wochen in einer versicherungspflichtigen Beschäftigung gestanden hat.

Der Anspruch auf Arbeitslosenunterstützung ist erschöpft, wenn die Unterstützung für insgesamt 26 Wochen gewährt worden ist.[3] Sie darf dann erst wieder gewährt werden, wenn die Anwartschaft von neuem erfüllt worden ist.

Die Arbeitslosenunterstützung wird nach Ablauf einer Wartezeit gewährt. Diese beginnt mit dem Tage der Arbeitslosmeldung und dauert regelmäßig 21 Tage bei Arbeitslosen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet, keine zuschlagsberechtigten Angehörigen haben und in die häusliche Gemeinschaft eines anderen aufgenommen sind; 14 Tage bei Arbeitslosen ohne zuschlagsberechtigte Angehörige, wenn sie das 21. Lebensjahr vollendet haben oder nicht in die häusliche Gemeinschaft eines anderen aufgenommen sind, sowie bei Arbeitslosen mit vier oder mehr zuschlagsberechtigten Angehörigen. In besonderen Fällen sind Ausnahmen für diese Bestimmung vorgesehen.

Für die Bestimmung der Höhe der Arbeitslosenunterstützung bestehen folgende Lohnklassen:

Klasse I b. ein. wöchtl. Arb.entgelt bis RM 10.—
„ II „ „ „ „ v. mehr als RM 10 bis RM 14.—
„ III „ „ „ „ „ „ „ RM 14 bis RM 18.—

2. Durch die Notverordnung des Reichspräsidenten vom 26. Juli 1930 ist durch Einführung des § 105a in der AVAVG. insofern eine Erschwerung in den Anwartschaftsvoraussetzungen erzielt worden, als die Erlangung der Unterstützungssätze der Lohnklassen VII bis XI an die Voraussetzung geknüpft worden ist, daß die Arbeitslosen dieser Lohnklassen in den letzten 18 Monaten vor der ersten Arbeitslosmeldung, die auf den Erwerb ihrer Anwartschaft folgt, mindestens 52 Wochen in einer versicherungspflichtigen Beschäftigung gestanden haben, ohne daß ihnen zwischen Beginn und Ende ihrer Beschäftigungszeit Arbeitslosenunterstützung gewährt worden ist. Anderenfalls erhalten die Lohnklassen VII und VIII nur die Unterstützungssätze der nächst niedrigen Lohnklasse, die Lohnklassen IX und X nur die Sätze der Klasse VIII und die Klasse XI nur die Sätze der Klasse IX. Allein die Familienzuschläge werden entsprechend der bisherigen Regelung gewährt.

3. Durch die zweite Verordnung des Reichspräsidenten zur Sicherung von Wirtschaft und Finanzen vom 5. Juni 1931 wurde bestimmt, daß für Arbeitslose, die einem Beruf oder Gewerbe angehören, in denen eine regelmäßig wiederkehrende Arbeitslosigkeit berufsüblich ist, die Höchstdauer der Arbeitslosenunterstützung zwanzig Wochen beträgt.

Nach der Verordnung vom 5. Oktober 1931 der Reichsanstalt ist die Unterstützungsdauer auf 20 Wochen, für Arbeitslose mit berufsüblicher Arbeitslosigkeit auf 16 Wochen herabgesetzt worden.

„	IV	„	„	„	„	„	„	„ RM 18 bis RM 24.—
„	V	„	„	„	„	„	„	„ RM 24 bis RM 30.—
„	VI	„	„	„	„	„	„	„ RM 30 bis RM 36.—
„	VII	„	„	„	„	„	„	„ RM 36 bis RM 42.—
„	VIII	„	„	„	„	„	„	„ RM 42 bis RM 48.—
„	IX	„	„	„	„	„	„	„ RM 48 bis RM 54.—
„	X	„	„	„	„	„	„	„ RM 54 bis RM 60.—
„	XI	„	„	„	„	„	„	„ RM 60.—

In jeder Lohnklasse wird der Bemessung der Unterstützung ein Einheitslohn zugrunde gelegt. Dieser beträgt

in Klasse I	RM 8.—
„ „ II	„ 12.—
„ „ III	„ 16.—
„ „ IV	„ 21.—
„ „ V	„ 27.—
„ „ VI	„ 33.—
„ „ VII	„ 39.—
„ „ VIII	„ 45.—
„ „ IX	„ 51.—
„ „ X	„ 57.—
„ „ XI	„ 63.—

Die Hauptunterstützung beträgt:

in Klasse I	70 v. H.
„ „ II	60 v. H.
„ „ III	50 v. H.
„ „ IV	42 v. H.
„ „ V u. VI	35 v. H.
„ „ VII	32,5 v. H.
„ „ VIII—XI	30 v. H.

des Einheitslohns.[4]

Als Familienzuschlag werden für jeden zuschlagsberechtigten Angehörigen fünf vom Hundert des Einheitslohns gewährt. Einschließlich der Familienzuschläge darf die Arbeitslosenunterstützung jedoch

in den Klassen I und II	80 v. H.
„ der Klasse III	75 v. H.
„ in der Klasse IV	72 v. H.

4. Die zweite Verordnung des Reichspräsidenten zur Sicherung von Wirtschaft und Finanzen vom 5. Juni 1931 setzte die Höhe der Hauptunterstützung in jeder Klasse um 5 v. H. herab. Vorher betrug also die Hauptunterstützung dementsprechend mehr.

„ den Klassen V und VI 65 v. H.
„ der Klasse VII 62,5 v. H.
„ den Klassen VIII bis XI 60 v. H.

des Einheitslohns in keinem Fall übersteigen.

Die Beiträge werden festgesetzt für Versicherte, die für den Fall der Krankheit pflichtversichert sind, in Bruchteilen des Grundlohns (Lohnstufen, Mitgliederklassen, wirklicher Arbeitsverdienst), der nach der RVO. für die Beiträge zur Krankenversicherung maßgebend ist; für unentgeltlich beschäftigte Lehrlinge und für Lehrlinge, deren Arbeitsentgelt geringer ist als RM. 6.— in der Woche oder RM. 25.— im Monat, aber mindestens in Bruchteilen dieses Betrages; für Versicherte, die wegen der Höhe des Arbeitsverdienstes nicht krankenversicherungspflichtig aber angestelltenversicherungspflichtig sind, und für die freiwillig Versicherten in Bruchteilen des wirklichen Arbeitsverdienstes. Der Verwaltungsrat der Reichsanstalt setzt jeweils einen Hundertsatz des Arbeitsentgelts, nach dem die Beiträge bemessen werden, als Reichshöchstsatz und einen Hundertsatz als Reichsanteil fest.[5]

Zur zahlenmäßigen Darstellung des Leistungsverhältnisses in der Arbeitslosenversicherung bei den verschiedenen Lohnklassen und Berufsgruppen ist aus den vorstehenden Bestimmungen über die Berechnungsweise der Höhe der Versicherungsleistungen die Tabelle [26] aufgebaut worden. Die Werte der Spalte 1 für die durchschnittliche versicherungspflichtige Beschäftigung vor der Arbeitslosmeldung, die Werte für den Einheitswochenlohn in Spalte 2 und für die auf je 100 Versicherte entfallenden Unterstützten in Spalte 7 sind der Erhebung in der Arbeitslosenversicherung und in der Sonderfürsorge bei berufsüblicher Arbeitslosigkeit vom 5. März 1929 entnommen.[6]

5. Vgl. §§ 87, 95, 99, 101, 103, 104, 105, 106, 107, 110, 110a, 110b, 117, 129, 142, 143, 150, 153 AVAVG.
6. Veröffentlicht in Sonderbeilagen zum Reichsarbeitsmarktanzeiger Jahrg. 1929 und 1930, sowie in Sonderbeilagen zum Reichsarbeitsblatt Jahrg. 1929 und 1930. Die damalige Erhebung erstreckte sich nicht auf die Gesamtheit der Versicherten, sondern nur auf die Arbeitslosen, die zum Zeitpunkt der Erhebung Arbeitslosenunterstützung bezogen. Das bedeutet eine gewisse Fehlerquelle, doch darf man annehmen, daß den gefundenen Werten symptomatische Bedeutung zukommt. So kann aus ihnen gefunden werden, welche Berufsgruppen für die Versicherung ein offensichtliches günstiges und welche ein ungünstiges Risiko bedeuten. Wenn in der einen Gruppe 10 v. H., in der anderen dagegen 30 v. H. der erfaßten Versicherten innerhalb der letzten 52 Wochen schon einmal unterstützt wurden, so läßt das einen sicheren Schluß auf das Versicherungsrisiko zu, auch wenn durch die Zählung nur ein Zehntel der Gesamtzahl der betr. Versicherungsgruppe erfaßt worden ist.

Der Beitrag beträgt zur Zeit 6,5 v. H. des Arbeitslohns.

Die Berufsgruppen [7] wurden herangezogen, da ohne ihre Berücksichtigung ein klares Bild über die Versicherungsleistungen nicht zu gewinnen ist. Das Verhältnis von Leistung und Gegenleistung wird ausschlaggebend von der Zahl der innerhalb jeder Lohnstufe zu unterstützenden Arbeitslosen beeinflußt.

In der folgenden Tabelle enthält Spalte 1 die Zahl der Wochen durchschnittlicher versicherungspflichtiger Beschäftigung vor der Arbeitslosmeldung. Der Einheitswochenlohn in Spalte 2 ermöglicht die Feststellung des tatsächlichen wöchentlichen Beitrags, der in Spalte 4 für ein Jahr auf 100 Versicherte bezogen, dargestellt wird. Die Lohnklasse in Spalte 5 bedingt den wöchentlichen Unterstützungssatz in Spalte 6. Den Anteil der Unterstützungsempfänger an 100 Versicherten zeigt Spalte 7. Spalte 8 weist die Gesamtunterstützungssumme für die normale Unterstützungsdauer von 26 Wochen aus. Die letzte Spalte 9 ist das eigentliche Ergebnis der Darstellung, nämlich die Versicherungsleistungen, die in den einzelnen Berufsarten auf je RM. 100.— Beitrag entfallen.

Eine Anzahl von Berufsgruppen ist aus der Gesamtzahl herausgegriffen worden in der Absicht, die Berufe zu erfassen, die den wichtigsten Wirtschaftszweigen angehören. Diese Berufsgruppen enthalten gerade unter sich die größten Verschiedenheiten und Gegensätze in Beitrag und Versicherungsleistungen, was bei dem weiten Kreis der von der Arbeitslosenversicherung erfaßten Arbeitnehmer nicht verwunderlich ist.

Beachtet muß werden, daß die der Tabelle zugrunde liegenden Zahlen das Arbeitsschicksal im Jahre 1928 wiedergeben, in einer Zeit, die an der Gegenwart gemessen, noch eine annehmbare Konjunktur hatte. Doch werden die symptomatischen Merkmale von Leistung und Gegenleistung in den einzelnen Berufsgruppen in der gegenwärtigen Zeit die gleichen geblieben sein, wie sie damals bestanden haben. Beitrag und Unterstützungssätze sind jedoch die zur Zeit gültigen.[8]

7. Nach dem Berufsverzeichnis für die Arbeitsnachweisstatistik.
8. Vgl. Fr. Christians, „Leistung und Gegenleistung in der Arbeitslosenversicherung", in „Soziale Zukunft", Jahrg. 1931 Nr. 1, S. 1.

26. Verhältnis von Beitrag und Versicherungsleistungen in der Arbeitslosenversicherung.

Berufs-Gruppen	Durchschnittliche vers.-pflicht. Beschäftigung vor der Arbeitslosmeldung	Einheits-Wochenlohn	Wöchentlicher Beitrag bei 6,5 v. H.	100 Versich. zahlen im Jahr Beitrag	Lohnklasse	Wöchentlicher Unterstützungssatz	Unterstützg. empfänger auf 100 Vers.	Ges. Unterstützungssumme in 26 Wochen	Auf RM 100.– Beitrag entfallen an Unterstützg.
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		RM	RM	RM		RM		RM	RM
Sämtliche Berufsgruppen	41,2	38,99	2,53	10441,52	VII	12,68	35,3	11637,70	111,46[9]
Saisongruppen	39,1	41,35	2,79	10509,10	VII	12,68	47,6	15692,77	149,42
Nichtsaisongruppen	43,1	36,52	2,37	10231,08	VII	12,68	35,3	11637,70	113,75
Bergbau Hütten, Salinen	43,4	42,06	2,73	11865,13	VIII	13,50	15,5	5440,50	45,85
Metallarbeiter	44,7	41,58	2,70	12081,07	VII	12,68	20,6	6791,41	56,22
Textilarbeiter	45,8	26,63	1,73	7927,75	V	9,45	15,3	3759,21	47,42
Bekleidung	43,7	29,29	1,90	8320,22	V	9,45	19,0	4668,30	56,11
Verkehr	41,4	40,00	2,60	10764,00	VII	12,68	34,6	11406,93	105,97
Kaufm. Angestellte	43,4	35,88	2,33	10121,74	VI	11,55	10,7	3213,21	31,75
Büro-Angestellte	43,1	37,64	2,45	10544,85	VII	12,68	13,1	4318,81	40,96
Landarbeiter	39,4	25,44	1,65	6515,18	V	9,45	37,0	9090,90	139,53
Bauarbeiter	39,1	49,45	3,21	12567,72	IX	15,30	56,4	22435,92	178,52

9. Die Arbeitslosenversicherung muß rund 11,5 v. H. nach der Tabelle mehr leisten, als sie von sämtlichen Versicherten an Beiträgen erhält. Diese Defizite werden teils durch Reichskredite, teils durch Reichszuschüsse gedeckt.

Der Tabelle ist in Spalte 9 zu entnehmen, daß einzelne Berufsgruppen ganz erhebliche Zuschüsse benötigen zur Deckung der den Beitrag übersteigenden Versicherungsleistungen. Die Unterstützungsleistungen an die Saisongruppe übersteigen die Beitragsleistungen um rund 49,5 v. H. Gleichfalls erhalten die Angehörigen des Verkehrsgewerbes und vor allen Dingen die Landarbeiter mehr zurück, als sie an Beiträgen leisten. Die größten Nutznießer der Arbeitslosenversicherung sind die Bauarbeiter, die rd. 78,5 v. H. mehr an Versicherungsleistungen zurückerhalten, als sie in die Arbeitslosenversicherung hineinstecken. Da in ihrem Gewerbe regelmäßig wiederkehrende, berufsübliche Arbeitslosigkeit herrscht, wird hier das Problem der Saisonarbeiter berührt. Die offensichtlichen Mißstände in der Arbeitslosenversicherung bezüglich der Saisonarbeiter will der Gesetzgeber mildern, indem er neuerdings verordnet hat, daß für Arbeitslose, die einem Beruf oder Gewerbe angehören, in dem eine regelmäßig wiederkehrende Arbeitslosigkeit berufsüblich ist, die Höchstdauer der Unterstützung zwanzig Wochen beträgt.[10]

Auf der anderen Seite sind Berufsgruppen zu finden, die weniger an Arbeitslosenunterstützung erhalten, als sie Beiträge leisten müssen. Metallarbeiter, Textilarbeiter, das Bekleidungsgewerbe und der Bergbau bilden insofern ein günstiges Risiko. Sie müssen eine Mehrabgabe an Beiträgen leisten, um den Ausgleich für die Mehraufwendungen an die Berufsgruppen zu schaffen, die den hohen Nutzen aus der Versicherung ziehen.

Am Ungünstigsten sind die kaufmännischen Angestellten dran, deren Arbeitsschicksal sich von dem der Arbeiterberufe erheblich unterscheidet. Der Unterschied kann in der Tabelle nur undeutlich zum Ausdruck gebracht werden, weil nicht die Gesamtheit, sondern nur die zur Zeit der Erhebung Arbeitslosen erfaßt worden sind; ferner wurde nur ein Zeitraum von 52 Wochen zurückverfolgt. Im Gegensatz zu den Arbeitern, die selbst bei ansteigender Konjunktur innerhalb eines bestimmten Zeitraumes damit rechnen müssen, eine mehr oder minder lange Zeit arbeitslos zu sein, sind kurzfristige Beschäftigungsverhältnisse bei den Angestellten selten. Bei weiterer Ausdehnung der Erhebung nach rückwärts würde sich die durchschnittliche Beschäftigungsdauer der Angestellten im Verhältnis zu derjenigen der Arbeiter noch günstiger gestalten. Dagegen ist nicht anzunehmen, daß sich die Zahl der Unterstützungsempfänger entsprechend erhöhen würde. Infolgedessen dürfte für die Angestellten das Verhältnis von Leistung und Gegenleistung noch ungünstiger sein.

10. Vgl. Zweite Verordnung des Reichspräsidenten zur Sicherung von Wirtschaft und Finanzen v. 5. Juni 1931.

Ist dagegen der Angestellte erst einmal arbeitslos geworden, so wird diese Arbeitslosigkeit bei ihm länger dauern, als beim Arbeiter. Dem Angestellten wird es schwer fallen, eine neue Beschäftigung zu finden, sodaß die Unterstützungshöchstdauer im allgemeinen bei ihm kaum dazu ausreichen wird, die Arbeitslosigkeit zu beheben.

Es kehrt auch bei der Arbeitslosenversicherung die Erscheinung wieder, daß bestimmte Gruppen der Versicherten gezwungen werden, Sonderleistungen in Form versicherungstechnisch ungerechtfertigter Beiträge an die Versicherungsträger abzuführen. Z. B. müssen die kaufmännischen Angestellten Beiträge leisten, die in keiner Weise durch das Versicherungsrisiko gerechtfertigt sind. Ein Angestellter mit einem monatlichen Gehalt von rund RM. 150.— zahlt nach der Tabelle 26 bei einer durchschnittlichen Beschäftigungsdauer von 43 Wochen jährlich einen Beitrag von rund RM. 100.— Zurück erhält er nach der Tabelle dafür rd. RM. 30.— an Arbeitslosenunterstützung. Er leistet also jährlich ein Mehr an Beiträgen von rund RM. 70.—, die nicht zur Deckung der Ansprüche der kaufmännischen Angestellten, sondern an andere Versichertengruppen ausgezahlt werden. Eine solche bevorzugte Gruppe sind die Bauarbeiter, von denen 100 Versicherte bei einem durchschnittlichen Monatseinkommen von mehr als RM. 200.—, während einer durchschnittlichen Beschäftigungsdauer von 39 Wochen, rund RM. 22 435.— an Versicherungsleistungen zurückerhalten.

II. Leistung und Gegenleistung bei männlichen und weiblichen Versicherten.

Die Arbeitslosenversicherung kennt keine spezifisch für das weibliche oder männliche Geschlecht bestimmte Versicherungsleistungen. Die Unterstützung für die Zeiten der Arbeitslosigkeit ist für alle Bedürfnisse des Lebens bestimmt. Demgemäß wird den Versicherten beider Geschlechter die gleiche Leistung gewährt, die sich wiederum nach der Lohnklasse richtet, der die Versicherten gemäß ihres Einkommens zugezählt werden müssen.

Bestehen also auch keine gesetzlich festgelegten Sonderleistungen an eines der beiden Geschlechter, so ergibt sich jedoch eine Abweichung vom Prinzip der Verhältnismäßigkeit von Prämie und Versicherungsleistungen insofern, als der Verlauf der Arbeitslosigkeit bis jetzt gezeigt hat, daß die Frauen in der Arbeitslosenversicherung

durchweg ein günstiges Risiko darstellen gegenüber dem Risiko, das der männliche Teil der Versicherten bietet.[11]

Die Beschäftigungsverhältnisse der Frauen, sofern sie überhaupt erst eine Stellung gefunden haben, sind im allgemeinen von einer größeren Stabilität als diejenige der Männer. Rawicz[12] sieht die Voraussetzungen für ein beharrendes Arbeitsverhältnis der Frauen in ihrer größeren Anpassungsfähigkeit nach der beruflichen Richtung; nach der persönlichen, „daß sie die sich aus der verstärkten Rationalisierung des Arbeitsprozesses ergebende Mechanisierung der Arbeit eher durchzuhalten vermögen, und zum anderen, daß eine Frau erfahrungsgemäß auch auf längere Sicht bei betrieblichen Umorganisationen und damit zusammenhängenden personellen Verschiebungen unter Zurückstellung persönlichen Geltungsbedürfnisses sich leichter mit gegebenen Verhältnissen abfindet und sich den neuen Tatsachen unterordnet, und nicht zuletzt schließlich nach der Seite der Entlohnung hin, daß die Frauen eher geneigt und in gewissen Fällen in der Lage sind, eine — zum Teil ja leider überlieferte — geringere Effektiventlohnung in Kauf zu nehmen, weil sie ja in erheblich stärkerem Maße Alleinverzehrer sind, als es in dem sozialen Aufbau der Gegenwart die Mehrheit der Männer sein kann".

So wurden die Frauen von der schweren Krisis, die auf dem Arbeitsmarkt lastet, nicht in der gleichen Weise getroffen wie die Männer. Ende Oktober 1929 waren von 1000 Arbeitnehmern männlichen Geschlechts 82 arbeitslos, ein Jahr später, Ende Oktober 1930, hat sich die Zahl fast auf 180 verdoppelt. Bei den Frauen dagegen sind die entsprechenden Ziffern für Ende Oktober 1929 55 und für Ende Oktober 1930 98.[13]

Von 1000 werktätigen männlichen Arbeitnehmern waren Ende Februar 1931 275, von 1000 Arbeitnehmerinnen noch nicht einmal 150 arbeitslos. Es ist also aus dieser Gegenüberstellung die geringere Gefahr zu ersehen, die auf Seiten der Frauen besteht, arbeitslos zu werden.

Die Gesamtzahl der Frauen, die in entlohnten Beschäftigungsverhältnissen stehen, ist für die Gegenwart mit rd. $5^1/_2$ Millionen anzunehmen, die der in Arbeit stehenden männlichen Versicherten mit rd. $10^1/_2$ Millionen. Setzt man diese Zahlen zu der Zahl der erwerbstätigen Arbeitnehmer der beiden Geschlechter in Beziehung, so ergibt sich, daß von 100 Frauen, die als hauptberuflich erwerbs-

11. Vgl. E. Rawicz, Die Frauen in der Arbeitslosenversicherung. Reichsarbeitsblatt 1931 Nr. 10 S. II 159 ff., ferner derselbe Verfasser, Das Risiko der weiblichen Versicherten für die Arbeitslosenversicherung. Reichsarb.Blatt 1929 Nr. 21 S. II 295 ff.
12. A. a. O. 1931, S. 159.
13. Die Zahlenwerte dieses Teiles sind den Ausführungen Rawicz' entnommen.

tätig anzusehen sind, 85 bis 86 noch (1931) in Arbeit stehen, dagegen von 100 männlichen Arbeitnehmern nur 72 bis 73.[14]

Da für gewisse Arbeitnehmergruppen Befreiungsvorschriften für die Arbeitslosenversicherung bestehen, kommen nicht alle Arbeitnehmer als Beitragszahler zur Arbeitslosenversicherung in Frage. Anfangs des Jahres 1931 betrug die Zahl der männlichen Beitragszahler zur Arbeitslosenversicherung 7,59 Millionen (63,5 v. H. aller Beitragszahler), die der weiblichen 4,36 Millionen (36,5 v. H. aller Beitragszahler). Von 100 Beitragszahlern in der Arbeitslosenversicherung sind im Verlaufe der letzten Jahre 33 bis 37 Frauen; die Schwankungsgrenzen sind in Anbetracht der geringen Höhe und Streuung der Arbeitslosigkeit bei den Frauen nicht sehr erheblich.[15]

Im Durchschnitt des Jahres 1930 sind von 100 Beitragszahlern zur Arbeitslosenversicherung rd. 35,5 Frauen gewesen. Diese und ihre Arbeitgeber werden jedoch nicht den gleichen Vomhundertsatz des gesamten Beitragsaufkommens vom Jahre 1930 in der Arbeitslosenversicherung geleistet haben. Das durchschnittliche Arbeitsentgelt der Frauen liegt erheblich niedriger als das der Männer. Nach den Ergebnissen der Lohnklassengliederung und der darauf aufbauenden Errechnung eines Durchschnittseinheitswochenlohns ergibt sich, daß der tatsächliche Verdienst der Frauen weit über einem Drittel unter dem der Männer liegt. Demgemäß werden etwa 25 v. H. des gesamten Beitragsaufkommens zur Arbeitslosenversicherung von den weiblichen Versicherten und ihren Arbeitgebern gezahlt werden. Da das Beitragsaufkommen des Jahres 1930 rund 1,06 Milliarden RM. betrug, so sind demnach also rd. 265 Millionen RM. von den weiblichen Versicherten und ihren Arbeitgebern aufgebracht worden.[16]

Die Gesamtzahl der in der Arbeitslosenversicherung unterstützten weiblichen Versicherten zwischen Anfang 1929 und Anfang 1931 schwankte zwischen rd. 180 000 (am 15. Oktober 1929 182 000) und 540 000 (537 000 am 15. Febr. 31). Im Verhältnis zur Gesamtzahl der Unterstützten bedeutet daß, daß von 100 Hauptunterstützungsempfängern zeitweise schwankend zwischen 14 und 30 Frauen sind.[17]

Der Durchschnitt der in der Arbeitslosenversicherung unterstützten weiblichen Versicherten im Jahre 1930 belief sich auf 341 000, die der unterstützten Männer auf 1 428 000, sodaß auf 100 Hauptunterstützungsempfänger im Jahresdurchnitt rd. 20 Frauen entfallen.[18]

14. E. Rawicz 1931 a. a. O. S. 160.
15. E. Rawicz 1931 a. a. O. S. 160.
16. E. Rawicz 1931 a. a. O. S. 160.
17. E. Rawicz 1931 a. a. O. S. 160.
18. E. Rawicz 1931 a. a. O. S. 161.

Hat jedoch einmal eine weibliche Versicherte die Arbeitslosenversicherung in Anspruch genommen, so ist ihre durchschnittliche Unterstützungsdauer eine längere als bei jedem Manne. Die Ergebnisse der Reichsanstalt vom 15. März 1929[19] zeigen, daß von 100 Frauen, die seinerzeit bezüglich der Unterstützungsinanspruchnahme untersucht worden waren, 47 die Unterstützung länger als 13 Wochen erhielten, während bei 100 Männern nur für 45 eine längere Unterstützungsdauer als 13 Wochen nachgewiesen wurde.

Betrachtet man auch die Zahl der Aussteuerungen in der ersten Hälfte des Jahres 1930, die, gemessen an der Ausgangsmasse der Unterstützten vom 15. Januar 1930 ergibt, daß bei Männern und Frauen gleichmäßig 45,7 v. H. der an diesem Tage Unterstützten in dem darauffolgenden Halbjahr wegen Ablaufs der 26wöchigen Unterstützungshöchstdauer ausgesteuert worden sind, so kann aus dieser Gleichheit des prozentualen Anteils im Hinblick auf die niedrigere Fluktuation bei den weiblichen Versicherten gefolgert werden, daß letztere im Verhältnis zu den Männern stärker die Unterstützungsdauer erschöpfen. Der größeren Stabilität der Beschäftigung bei den weiblichen Versicherten steht also auch ihre größere Stabilität in der Inanspruchnahme der Arbeitslosenversicherung gegenüber.

Die Durchschnittsunterstützung für die beiden Geschlechter kann unter Zuhilfenahme der Lohnklassengliederung, die für die beiden Geschlechter getrennt festgestellt wird, gefunden werden. Tabelle 27 enthält die Unterstützungsempfänger der einzelnen Lohnklassen an 2 Stichtagen. (Hieher gehört Tabelle 27, s. S. 101.)

An den beiden Stichtagen obiger Tabelle sind also von 100 Unterstützten 71 bezw. 72 weibliche Versicherte gemäß ihres der Arbeitslosigkeit vorausgegangenen Arbeitsentgelts in den unteren 5 Lohnklassen, dagegen nur 17 bezw. 19 bei den männlichen Hauptunterstützungsempfängern in den gleichen Lohnklassen I bis V. Es ergibt sich bei Berücksichtigung dieser Lohnklassengliederung und des Einheitslohns, der den einzelnen Lohnklassen zugrundeliegt, daß die Unterstützung der männlichen Versicherten im Durchschnitt in der Lohnklasse VIII stattfindet, diejenige der weiblichen Versicherten in der Lohnklasse V. Aus diesen Grundlagen wird man die durchschnittliche reine Unterstützung der weiblichen Versicherten zuzüglich der Sozialversicherungsbeiträge sowie des sonstigen mit der Arbeitsvermittlung und Verwaltung zusammenhängenden Aufwandes wöchentlich etwa 13.40 RM. annehmen können. Bei durchschnittlich 341 000 unterstützten weiblichen Versicherten im

19. A. a. O.
20. Rawicz 1931 a. a. O. S. 161.

Jahre 1930 ergibt sich ein Jahresaufwand für die weiblichen Versicherten von 237 Millionen RM. Die Gegenüberstellung mit den vorher errechneten entsprechenden Beitragsaufkommen von rd. 265 Millionen RM. ergibt einen Jahresüberschuß von etwa 28 Millionen RM. an Beitragsleistung der weiblichen Versicherten.

27. Unterstützungsempfänger in den einzelnen Lohnklassen.[20]

(Gehört zu Seite 100!)

Lohnklasse	Zahl der männlichen Hauptunterstützungsempfänger am				Zahl der weiblichen Hauptunterstützungsempfänger			
	15. IV. 1930		15. X. 1930		15. IV. 1930		15. X. 1930	
	absolut	v. H.	absolut	v. H.	absolut	v. H.	absolut	v. H.
1	2	3	4	5	6	7	8	9
I	11 334	0,7	14 431	1,2	16 107	4,8	12 359	4,2
II	16 412	1,1	18 155	1,5	32 528	9,6	24 539	8,3
III	30 590	2,0	27 484	2,3	43 352	12,8	34 175	11,5
IV	77 322	5,1	66 097	5,5	77 579	23,0	70 816	23,8
V	128 688	8,5	99 441	8,3	74 878	22,2	68 784	23,2
VI	206 863	13,6	161 996	13,6	50 187	14,8	45 337	15,3
VII	240 095	15,8	179 508	15,0	22 785	6,7	21 317	7,2
VIII	236 100	15,5	180 266	15,1	10 235	3,0	9 920	3,1
IX	196 654	12,9	156 122	13,1	5 020	1,5	4 592	1,5
X	155 689	10,2	123 948	10,4	2 639	0,8	2 627	0,9
XI	221 514	14,6	166 886	14,0	2 595	0,8	2 950	1,0
zus.:	1521 361	100,0	1194 333	100,0	337 905	100,0	291 416	100,0

Die verheirateten Frauen stellen dagegen ein sehr ungünstiges Risiko dar, wenn sie für sich alleine betrachtet werden. Im Jahre 1930 war ein Zuschuß von über 40 Millionen RM. für den Gesamtaufwand der unterstützten verheirateten Frauen erforderlich. Jede im Jahre 1930 verheiratete Frau erforderte im Durchschnitt pro Woche zu dem notwendigen Unterstützungsaufwand einen Zuschuß aus den übrigen Beitragseinnahmen bezw. Reichszuschüssen und Reichsdarlehen in Höhe von rund 6.50 bis 7.— RM.[21]

21. Rawicz 1931 a. a. O. S. 164.

Die weiblichen Versicherten in ihrer Gesamtheit betrachtet zahlen also mehr an Beiträgen als sie an Versicherungsleistungen zurückerhalten. Es besteht insofern eine Abweichung vom Äquivalenzprinzip.

III. Leistung und Gegenleistung bei verheirateten und ledigen Versicherten.

Bei der Betrachtung der Versicherungsleistungen an verheiratete Versicherte gegenüber denjenigen an ledige Versicherte wird das Bestehen eines Familienzuschlags erkennen lassen, daß die verheirateten Versicherten gegenüber den ledigen eine Mehrleistung von der Arbeitslosenversicherung erhalten. Wenn ein lediger Versicherter einer bestimmten Berufs- und Lohnklasse eine Arbeitslosenunterstützung in einer bestimmten Höhe erhält, so empfängt der verheiratete Versicherte unter den gleichen Voraussetzungen noch für jeden zuschlagsberechtigten Angehörigen 5 v. H. des Einheitslohns mehr. Eine Begrenzung findet sich für diese Mehrleistung in den festgelegten Vomhundertsätzen des Einheitslohns. Werden Hauptunterstützungssätze und Höchstgrenzen des Familienzuschlags einander gegenübergestellt, so ergeben die Differenzen zwischen den beiden Werten jedesmal die Mehrleistungen an verheiratete Versicherte (Tab. 28).

28. Mehrleistungen an Familienzuschlägen.

Lohnklasse	Hauptunterstützung v. H. des Einheitslohns	Höchstgrenze des Familienzuschlags v. H. des Einheitslohns	Mehrleistungen an verh. Versicherte v. H. des Einheitslohns	Lohnklasse	Höchstmaß des Familienzuschlags v. H. der Hauptunterstützung
I	70	80	10	I	14,3
II	60	80	20	II	33,4
III	50	75	25	III	50,0
IV	42	72	30	IV	71,4
V u. VI	35	65	30	V	85,7
VII	32,5	62,5	30	VI	85,7
VIII b. XI	30	60	30	VII	92,3
				VIII	100,0
				IX bis XI	100,0

Das Höchstmaß für Familienzuschläge steigt mit der Höhe der Lohnklasse. In der untersten Klasse 14,3 v. H. der Hauptunterstützung betragend, kann der Familienzuschlag in den höheren Lohnklassen bis auf 100 v. H. der Hauptunterstützung steigen. Bei gleichen Beiträgen heißt das, daß die verheirateten Versicherten weniger an Beitrag zahlen als die ledigen Versicherten, und daß letztere Beiträge zu leisten gezwungen sind, die in keinem Verhältnis zu dem Versicherungsrisiko stehen, das sie bieten. Die Beiträge der ledigen Versicherten werden nicht allein für die Aufwendungen der Versicherung an die ledigen Versicherten verbraucht, sondern sie werden zu einem Teil zur Deckung für andere Versicherungsleistungen der Arbeitslosenversicherung verwendet.

Jeder im Jahre 1930 in der Arbeitslosenversicherung unterstützte männliche Versicherte erforderte dagegen im Durchschnitt je Woche für seine Unterstützung einen Zuschuß aus andern Mitteln in Höhe von rund 10.— RM.

IV. Die Abweichungen vom Prinzip der Verhältnismäßigkeit von Leistung und Gegenleistung bei verschiedenen Eintrittaltern und verschiedener beruflicher Tätigkeit.

Im allgemeinen lehrt wohl die Erfahrung, daß, je älter der Arbeitnehmer wird, er desto stärker der Arbeitslosigkeit ausgesetzt ist. Diese Erscheinung findet ihre Erklärung in den heutigen wirtschaftlichen Verhältnissen, die dazu zwingen, aus dem hochgelohnten Arbeiter auch den größten Nutzen zu ziehen. Es unterliegt aber auch keinem Zweifel, daß der jüngere Arbeiter mehr leisten kann als der ältere. Andererseits tritt die Erscheinung des höheren Alters nicht so stark in den Vordergrund, wenn man zwischen verschuldeter und unverschuldeter Arbeitslosigkeit unterscheidet; denn der alte Arbeiter wird aus den angeführten Gründen bestrebt sein, sich seine Stellung zu erhalten, wozu noch kommt, daß der alte Arbeiter meist verheiratet und daher mehr an die Scholle gefesselt ist.

Insofern werden sich bei verschiedenem Eintrittsalter in die Arbeitslosenversicherung Abweichungen vom Äquivalenzprinzip ergeben, eine Erscheinung, die dadurch wesentlich gemildert wird und zu keiner großen Bedeutung gelangen kann, da heutzutage im Durchschnitt auch der jugendliche Arbeitnehmer den Anspruch auf Arbeitslosenunterstützung erschöpft und es somit zu keiner Ansammlung von Beitragsleistungen kommt.

Die Gefährlichkeit der verschiedenen Berufe ergibt sich aus den vorhergehenden Betrachtungen über Leistung und Gegenleistung bei den verschiedenen Lohnklassen, da dort eine Einteilung der Ver-

sicherten nach dem Berufsverzeichnis für die Arbeitsnachweisstatistik vorgenommen worden war. Auf diese Ausführungen kann daher verwiesen werden.

Die sehr weitgehenden Abweichungen vom Äquivalenzprinzip und die umfangreichen Reichsmittel, die der Arbeitslosenversicherung infolge ihrer großen Defizite zufließen müssen, obwohl ursprünglich Reichszuschüsse von dem Gesetz nicht vorgesehen waren, geben den besonders schwierigen Verhältnissen Ausdruck, denen dieser Sozialversicherungszweig unterliegt.

Einer der Gründe für das so wenig versicherungsmäßige Verhalten der Arbeitslosenversicherung ist das Fehlen zuverlässiger versicherungstechnischer Grundlagen. Das Risiko der Arbeitslosigkeit ist nur schwer erfaßbar.

Sah doch Unger [22] in der Statistik den springenden Punkt, der bisher einer stärkeren Ausbreitung der Arbeitslosenversicherung hintangehalten hat. „Denn eine genügend umfassende und dazu zuverlässige Statistik steht uns auf diesem Gebiete nicht zu Gebote".

Sehr treffend hat die Schwierigkeiten der Situation Graf Posadowsky in der Reichstagssitzung vom 17. Januar 1902 in folgenden Ausführungen geschildert: „Meine Herren, die Arbeitslosenzählung ist eine der schwierigsten Aufgaben, die es überhaupt gibt, und der verstorbene Direktor des Reichsstatistischen Amtes, Herr v. Scheele, dem Sie gewiß den Nachruhm nicht verkümmern wollen, daß er ein außerordentlich vorurteilsfreier Mann und ein ganz ausgezeichneter Nationalökonom und Statistiker war, hat mir seinerzeit eine Denkschrift vorgelegt, worin er erklärt, daß eine korrekte Zählung der Arbeitslosen eine fast unüberwindliche statistische Aufgabe wäre, und daß alle Stellen, die sich außeramtlich mit dieser Frage beschäftigt hätten, namentlich die Gewerkschaften, Krankenkassen, Arbeitervereinigungen etc., immer nur einen Teil des Bildes und namentlich nicht übersehen könnten, ob nicht vielfach Doppelzählungen stattgefunden hätten. Arbeitslos ist, wer körperlich fähig und gewillt ist, eine seinen körperlichen und geistigen Kräften entsprechende Arbeit zu übernehmen und eine solche Arbeit nicht finden kann. Alle diese Voraussetzungen statistisch zu erfassen und festzulegen, ist, wie Herr v. Scheele seinerzeit mit Recht ausgeführt hat, eine fast unlösbare statistische Aufgabe . . . . . usw."

Die gleichen Schwierigkeiten der nur bedingten Vollständigkeit und Zuverlässigkeit ergaben sich auch wieder bei der Erhebung in der Arbeitslosenversicherung und in der Sonderfürsorge bei berufs-

22. H. Unger, Die Statistik der Arbeitslosenversicherung. Zeitschrift für die ges. Versicherungswissenschaft (Berlin 1903) Band 3 S. 38.

üblicher Arbeitslosigkeit vom 5. März 1929, die nur unter dem Vorbehalt einer sog. groben Erhebung in Anwendung kommen kann.

Wo also die Wahrscheinlichkeitsrechnung keine genügend sicheren Grundlagen zur Schätzung des Versicherungsrisikos bietet, kann über das Maß der Beteiligung der öffentlichen Hand erst angesichts des entstandenen Defizits entschieden werden.

Wenn man dann vor der Wahl steht, entweder Beiträge und Leistung der Versicherung auszugleichen oder durch Inanspruchnahme von Subventionen auf die Steuerzahler zurückzugreifen, erscheint oft der letztere Weg als der bequemere.[23]

V. Die Abweichungen vom Prinzip der Verhältnismäßigkeit von Leistung und Gegenleistung, hervorgerufen durch Reichszuschuß und Arbeitgeberbeiträge.

Obgleich ursprünglich bei der gesetzlichen Festlegung der Arbeitslosenversicherung ein Reichszuschuß nicht vorgesehen war und dieser Zweig der Sozialversicherung aus sich selbst heraus sich erhalten sollte, hat die Entwicklung der Arbeitslosigkeit und des Arbeitsmarktes diese Pläne über den Haufen geworfen. Die großen Fehlbeträge, die in der Arbeitslosenversicherung Jahr für Jahr entstanden, mußten irgendwie gedeckt werden, wollte man nicht auf diesen Versicherungszweig verzichten. Die Grenzen von Versicherungsleistungen und Beitragshöhe sind nicht nur durch sozialpolitische, sondern auch durch politische Rücksichten vorerst noch bestimmt. So muß das Reich eintreten. Diese Hilfe geschieht in Form von Reichsdarlehen und Reichszuschüssen. Es ist eine Tatfrage, ob die Reichsdarlehen in Wirklichkeit nicht auch à fonds perdu gegeben sind.

Diese Reichshilfe führt natürlich wie in den anderen Versicherungszweigen auch in der Arbeitslosenversicherung Abweichungen vom Prinzip der Verhältnismäßigkeit von Leistung und Gegenleistung herbei, wozu die Abweichungen hinzutreten, die durch den Arbeitgeberanteil an der Beitragsleistung hervorgerufen werden.

Im Jahre 1930 ergab sich für die Arbeitslosenversicherung bei einer Gesamtbeitragseinnahme von 1 061,7 Millionen RM. und einem Reichszuschuß von 591,2 Millionen RM. noch ein Fehlbetrag von 140 Millionen RM. Die Gesamtausgaben betrugen 1 799,9 Millionen RM.; davon waren 1 678,6 Millionen RM. Leistungen an die Versicherten, also abzüglich der Verwaltungskosten usw.[24] Nimmt man

23. Vgl. W. Weddigen, Grundfragen der Sozialversicherungsreform. Jena 1931, S. 24.
24. Reichsstatistik Bd. 389, S. 5 Übers. 2.

die Hälfte der Gesamtbeitragseinnahme als Versichertenanteil an,[25] so übersteigen die reinen Leistungen der Arbeitslosenversicherung an die Versicherten deren Beitrag (ohne Arbeitgeberanteil) um 216,2 v. H. Die Versicherten erhalten also das Doppelte an Versicherungsleistungen von dem zurück, was sie an Beiträgen der Arbeitslosenversicherung geben.

Zurückblickend auf das Verhältnis von den weiblichen Versicherten zu den männlichen kann gesagt werden, daß die im Jahre 1930 gewährten Reichszuschüsse bezw. Reichsdarlehen in vollem Umfang für den Aufwand verbraucht worden sind, der den männlichen unterstützten Arbeitslosen galt, wenn man den Fehlbetrag, der sich für die verheirateten Frauen ergibt, als durch die Beiträge der ledigen weiblichen Versicherten gedeckt ansieht.[26]

25. Ohne Berücksichtigung der Beiträge der freiwillig Versicherten.
26. Vgl. Rawicz, a. a. O. 1931.

IV. Teil.

Zur Kritik der bisherigen Ordnung.

Welche Wirtschaftskreise tragen denn die Lasten, die mit der Aufbringung der Mittel für die Sozialversicherung verbunden sind? Sind diese Lastenträger auch wirklich die durch das Gesetz zur Beitragsleistung verpflichteten? Diese zentrale Frage nach der Abwälzbarkeit der Lasten kann nicht endgültig und durch statistische Untersuchungen allein beantwortet werden. „Statistische Berechnungen über die Höhe der sozialen Lasten beweisen weit weniger, als ihre Urheber glauben. Gefährlich ist niemals die absolute Höhe dieser Lasten, sondern die Störung, die ihre allzuschnelle Veränderung im Wirtschaftsleben hervorrufen muß".[1] Diese Sätze müssen hier einleitend zitiert werden, um auf die Unmöglichkeit einer einwandfreien Feststellung des Ausmaßes der Belastung der in Frage kommenden Wirtschaftskreise durch die Sozialversicherung hinzuweisen. Mit Potthoff,[2] Herkner[3] und Ballod[4] müssen alle Versuche, eine zahlenmäßige Belastung nachzuweisen, für undurchführbar gehalten werden, da die durch die soziale Versicherung bewirkten Aktiven sich eben nicht zahlenmäßig angeben lassen. Diese Feststellungen beziehen sich gleichfalls auf das dem Belastungsproblem noch verwandte Abwälzungsproblem.

Soweit der Staat Zuschüsse leistet, werden diese aus Mitteln der Allgemeinheit, also nicht als Vergütung für geleistete Arbeit, gewährt. Die Kosten der Sozialversicherung werden insoweit auf alle Einkommensbezieher verteilt. Die Zuschüsse des Reiches stammen aus direkten und indirekten Steuern, werden also zum Teil unmittelbar oder mittelbar vom Konsum getragen. Der Versicherte zählt aber einerseits zu den Steuerzahlern, andererseits zu den Konsumenten. So ist er mitbeteiligt an der Aufbringung der Mittel für die Beteiligung der öffentlichen Hand an der Sozialversicherung.

Da aber die Lasten auf Grund der Reichszuschüsse über die Versichertenkreise hinaus den nicht an der Sozialversicherung betei-

1. Wirtschaftliches Magazin 1, 2, S. 55.
2. Wer trägt die Kosten der sozialen Versicherung? — Schriften des Vereins für Sozialpolitik, Bd. 137 Teil IV (München, Leipzig 1913) S. 281 ff.
3. Die öffentlichen Lasten der deutschen Industrie. Preußische Jahrbücher Bd. 142 (Berlin 1910) S. 539 ff.
4. Tägliche Rundschau vom 1. II. 1910.

ligten Steuerzahler treffen, so ist gerade der Staatszuschuß geeignet, einen großen Teil der Steuerzahler zu Klagen über die Belastung durch die Sozialversicherung zu veranlassen. Wenn jedoch Potthoff [5] sagt, „es wäre sinnlos, gewisse Arten von Aufwendungen als Lasten zu vergleichen, ohne festzustellen, welche Erfolge damit erzielt werden", so ist eine solche Erfolgsfeststellung am meisten bei Betrachtung der Beteiligung der öffentlichen Hand an der sozialen Versicherung am Platze. Doch macht sich gerade bei der Aufstellung von Relationen zwischen steuerlicher Mehrbelastung und Abnahme der Beiträge für Armen- und Altersfürsorge sowie der Stärkung der wehr- und wirtschaftlichen Kraft der Nation das Fehlen exakten Zahlenmaterials als Nachteil bemerkbar.[6]

Das Äquivalent für den Steuerzahler muß also vor allen Dingen in einer Abnahme der Armenlasten zu erblicken sein.

Daß nun tatsächlich die Sozialversicherung die Armenfürsorge stark entlastet, kann bis zu einem gewissen Grade aus Kostenvergleichen ersehen werden, wie sie z. B. Hernburg [7] vor und nach Einführung des Krankenversicherungsgesetzes angestellt hat. Der Einfluß auf die geschlossene Krankenpflege war hier am deutlichsten. Die Zahl der Personen, die auf öffentliche Kosten in den Staatskrankenhäusern sich befanden, sank von etwa 41 v. H. im Jahre 1884 auf 31 v. H. im Jahre 1885, dann sich weiter vermindernd bis auf 26 v. H. im Jahre 1892. Dementsprechend wurden auf Kosten der Krankenkassen in denselben Krankenanstalten 34 v. H. im Jahre 1884, 47,5 v. H. im Jahre 1885 und 58,0 v. H. im Jahre 1891 aller Kranken verpflegt. Nach der Einführung der sozialen Krankenversicherung also sinkende Inanspruchnahme der Armenfürsorge und steigende Leistungen der Krankenkassen.

In demselben Sinne äußert sich auch der Verwaltungsbericht der Stadt Osnabrück, daß die Kranken- sowie Alters- und Invalidenversicherung die Armenverwaltung entlastet habe. „Die ungeachtet der Bevölkerungszunahme eingetretene Verminderung der Zahl der Armen sowie des Aufwandes für das Armenwesen dürfte eine Folge der Arbeiterversicherung sein."[8]

5. Wer trägt die Kosten der soz. Versicherung? a. a. O. S. 288.
6. Fettweis a. a. O. S. 38 sieht in einem Teil des vom Staate geleisteten Zuschusses eine Aufwertung der großen Vermögensbestände der Sozialversicherung, die die Inflation vernichtet hat. Ein gesunder Gedanke, der aber insofern als nicht ganz zutreffend angesehen werden kann, als mit der Zeit eine volle Aufwertung erreicht werden würde. Wo hat aber eine 100%ige Aufwertung von durch die Inflation vernichteten Kapitalien sonst noch stattgefunden?
7. Soziale Praxis 19. 7. 1900.
8. Verwaltungsbericht vom 1. IV. 1900.

Wenn trotzdem die Zahl der durch die Armenpflege Unterstützten im Laufe der Jahre gewaltig angewachsen ist, so ist das auf die überaus starke Bevölkerungszunahme zurückzuführen, die gerade die minderbemittelten Kreise ergriff, ferner auf die Binnenwanderung vom Land zur Stadt.

Zwei Arbeiten seien noch hier angeführt, die infolge des Umfanges des benutzten Materials und der Berücksichtigung der die Minderung der Armenlasten beeinträchtigenden Momente Anspruch auf eine relative Richtigkeit der Ergebnisse erheben können. Die erste Arbeit [9] stützt sich auf Darstellungen, die von 110 Armenverwaltungen für die Jahre 1880, 1885, 1890 und 1893 gegeben wurden, während die zweite Arbeit,[10] die auf Veranlassung des Reichskanzlers hergestellt wurde, sich auf die Mitteilungen von mehr als 1500 Armenverwaltungen für die Jahre 1884 bis 1894 berufen kann. Die überwiegende Mehrzahl der um Auskunft angegangenen Armenverwaltungen stimmt darin überein, daß sie durch die Wirkung der Sozialversicherung eine Entlastung erfahren habe.

Die Sozialversicherung hat in ihrer gesunden Auswirkung weiten Kreisen die rechtzeitige ärztliche Konsultation ermöglicht und es sei an die für Wohlfahrtszwecke wie Volksbäder, Genesungs- und Krankenhäuser usw. von ihr getätigten Aufwendungen erinnert. Große Teile dieser Einrichtungen würden dem Staate zur Last fallen, wenn sie nicht von der Sozialversicherung erstellt und unterhalten werden würden. Herkner weist in dem „Politische Korrespondenz" betitelten Abschnitt der Preußischen Jahrbücher [11] nach, daß höhere Armenlasten bei uns unfehlbar zu höheren Sätzen der Realsteuern und zu höheren Zuschlägen zur Einkommensteuer führen müßten.

Die Beiträge der Arbeitgeber zur Sozialversicherung können privatwirtschaftlich als Lohnspesen angesehen werden. Jede Erhöhung dieser Beiträge kommt einer Erhöhung der Produktionskosten gleich. Nach Potthoff [12] liegt hier eine gesetzliche Lohnkorrektur vor, um den Unterhalt der auf Lohn angewiesenen Volkskreise auch für Zeiten des Lohnausfalles sicherzustellen. Die Arbeitgeberbeiträge seien ein Teil des Arbeitslohnes. Volkswirtschaftlich gesehen, trägt die Arbeitgeberbeiträge entweder der Konsument im Preise der Produkte, oder aber der Unternehmer selbst, der die ihm für andere Zwecke zur Verfügung stehenden Mittel gekürzt

9. Fremd, Armenpflege und Arbeiterversicherung. Leipzig 1895.
10. Die Einwirkung der Versicherungs-Gesetzgebung auf die Armenpflege. Vierteljahreshefte zur Statistik des Deutschen Reiches Heft II (1897).
11. Heft III, Dezember 1910.
12. Wer trägt die Kosten der Sozialversicherung? a. a. O. S. 283.

sieht. In Zeiten normalen Wirtschaftsverlaufes wird der Arbeitgeber seinen Beitragsteil auf den Konsumenten in Gestalt höheren Produktionspreises abwälzen können. Zumal bei ansteigender Konjunktur werden die steigenden Warenpreise den Arbeitgeberbeitrag enthalten. Wie weit in solchen Zeiten die Abwälzung der Arbeitgeberbeiträge auf den Konsumenten zur Einschränkung des Konsums und zur Beschleunigung des Eintrittes der Krisis und des Abstiegs der Konjunktur führen kann, soll hier nicht untersucht werden. Bei sinkenden Warenpreisen dagegen wird eine Überwälzung des Arbeitgeberbeitrages nicht in dem gleichen Maße möglich sein, der Arbeitgeber wird die Kosten selbst zu tragen haben, Rücklagen und Erneuerung der Produktionsmittel werden in unzulänglicher Weise vorgenommen werden. Kurz, die Kapitalbildung wird behindert, was eine Verteuerung des Zinses und damit der Produktion zur Folge hat.

Auf die Arbeitnehmer als solche konnten bis jetzt die Arbeitgeberbeiträge nicht abgewälzt werden. Es ist notorisch, daß die Einführung der Sozialversicherung eine Minderung der Arbeitslöhne nicht zur Folge gehabt hat. Menes [13] zieht daraus den Schluß, daß die erheblichen Prämienanteile der Arbeitgeber an der Sozialversicherung nur durch Verringerung des Unternehmergewinnes oder durch Steigerung und Intensivierung der Produktion oder durch (mehr oder weniger vollständige) Überwälzung auf die Verbraucher aufgebracht worden seien. Nach Potthoff [14] beschränke sich die Klage von der Beeinträchtigung der Produktion durch die Sozialversicherung von vornherein auf die Beitragshälfte der Arbeitgeber. Aber auch hier treffe sie nur teilweise zu. Denn auch unter den kleinen Arbeitgebern seien viele, die ihre sozialen Lasten nicht vom Betriebe, sondern vom Haushalt ersparen müßten und beim Nichtvorhandensein des Versicherungszwanges nicht ihre Produktion, sondern ihren Konsum vergrößern würden. Andererseits seien viele Arbeitgeber in der Lage, die Versicherungskosten durch Änderung des Betriebes oder der Preise auf ihre Abnehmer zu überwälzen.

Der Konsum ist auch mit den Arbeitgeberanteilen an den Beiträgen zur Sozialversicherung in erheblichem Maße belastet, das sich in Zeiten günstiger Konjunktur bis zur völligen Überwälzung der Arbeitgeberbeiträge auf den Konsum steigern kann. Soweit also der Konsum als belastet erscheint, ist auch hier wieder der Arbeitnehmer in seiner Eigenschaft als Konsument an der Aufbringung dieser Mittel für die Sozialversicherung beteiligt. Hat sich der Versicherte auch bis jetzt vor der formellen Überwälzung der Arbeit-

13. Reichsinvalidenversicherung. Schriften des Ver. f. Sozialpolitik a. a. O. S. 188.
14. Kernfragen sozialer Versicherung a. a. O. S. 87.

geberbeiträge auf ihn zu schützen gewußt, der indirekten Lastentragung konnte er deswegen nicht entgehen. Eine andere Frage ist es jedoch, ob durch diese Überwälzung der Reallohn einer Beeinflussung unterlag.

Die Beiträge der Versicherten sind ein Teil des Lohnes, der zwangsweise für einen bestimmten Zweck von vornherein abgesondert und dem unmittelbaren Konsum der Versicherten entzogen wird. Potthoff[15] nennt die Beitragspflicht der Arbeiter eine Zwangssparkasse, verbunden mit einem Risikoausgleich nach den Regeln der Versicherungswissenschaft.

Privatwirtschaftlich gesehen sind die Beiträge ein nicht unerheblicher Posten im Ausgabeetat der Versicherten; diese würden die Beiträge, die sie für die Zwangsversicherung zahlen müssen, sonst zur Verbesserung ihrer Lebenshaltung, also zur Erhöhung des Konsums ausgeben. In Wirklichkeit zahlen die Versicherten in ihrer Eigenschaft als Arbeitnehmer aber ihre Beiträge nicht selbst. Die Einführung der Sozialversicherung hatte ein allgemeines Ansteigen der Löhne im Laufe der Zeit zur Folge. Ministerialdirektor Grieser,[16] der Referent für Sozialversicherung im Reichsarbeitsministerium, schätzt diese Lohnerhöhung auf 15—20 v. H. Durch diese Lohnerhöhungen haben die Arbeitnehmer ihre Versicherungsbeiträge auf die Arbeitgeber abgewälzt. Besonders die gegenwärtige Zeit ist ein lebendiges Beispiel für die Abwälzungsbestrebungen der Arbeitnehmerschaft. Unter dem heutigen System der Lohnpolitik hat jede als Mehrbelastung empfundene Ausgabe für die Sozialversicherung zur Forderung auf Lohnerhöhung geführt, da sonst das Existenzminimum als gefährdet angesehen wurde. Seit Jahren wurden die Lohnverhandlungen unter dem Eindruck eines Kostenindex geführt. Die Kosten einer einmal gegebenen, stets zu erweiternden Bedürfnisbefriedigung galten als primär. Die „notwendige" Lohnhöhe wird nach ihnen berechnet. Daß eine Umwälzung tatsächlich stattgefunden hat, ergibt sich aus der Feststellung der Erhebungen des statistischen Reichsamtes über die Reallöhne. Der Reallohn ist nach Abzug der Beträge für die Sozialversicherung und der Lohnsteuer höher als in der Vorkriegszeit.[17] Diese überwälzten Ar-

15. Kernfragen sozialer Versicherung a. a. O. S. 78.
16. In seiner Rede gehalten am 19. 11. 1924 anläßlich der Tagung des Hauptverbandes Deutscher Landkrankenkassen in Bamberg.
17. In Zusammenhang mit der Frage der Überwälzung der sozialen Lasten auf die Arbeitgeber verdienen Untersuchungen des Reichsverbandes der deutschen Industrie Beachtung („Besteuerung, Ertrag und Arbeitslohn industrieller Unternehmungen im Jahre 1927". Im Auftrage des Reichsverbandes der Deutschen Industrie bearbeitet von B. Skrodlski, K. E. Moeßner, Berlin 1927). Diese fußen auf einer Rundfrage bei mehr als 1000 Industriebetrieben mit einem Kapital von etwa 7 Milliarden RM.

beitnehmerbeiträge treten zu den Arbeitgeberbeiträgen auf dem Lohnkonto der Produktion hinzu. Um welche Summe es sich hier insbesondere bei jeder Erhöhung der Beiträge handelt, zeigt Mann wie folgt: „Im Jahre 1928 betrug der Arbeitgeberanteil an der Sozialversicherung mit 47 v. H. der Gesamtsumme 2350 Millionen Reichsmark gegenüber 781 Millionen Goldmark im Jahre 1913. Auf Goldmark umgerechnet und die Summe von 1913 auf die heutige Mitgliederzahl der Krankenversicherung bezogen, ergibt sich eine Steigerung gegenüber der Vorkriegszeit von 620 bis 720 Millionen Goldmark. Der Gesamtaufwand (Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteile) für Sozialversicherung (ohne Arbeitslosenversicherung) ist von rd. 1554 Millionen auf rd. 3926 Millionen RM für 1927 und 5000 Millionen für 1928 gestiegen, das bedeutet eine Erhöhung des Lohnkontos des einzelnen Versicherten um jährlich 227 RM gleich 11 Rpf. pro Stunde, wenn man 22 Millionen Versicherte mit jährlich 2000 Arbeitsstunden zu Grunde legt. Der Unternehmerbeitrag allein bedeutet eine Erhöhung des Lohnkontos des Arbeiters um etwa 6 v. H.[18]

Daß der Arbeitgeber diese auf ihn abgewälzten Beiträge der Arbeitnehmer dort in die Produktenpreise einkalkulieren wird, wo ihm die Möglichkeit dazu geboten ist, bedarf keiner besonderen Erwähnung, und so ist wiederum der Konsum als eigentlicher Träger der Lasten für die Sozialversicherung anzusehen. Bei bestimmten Zuständen der Wirtschaft, vor allem bei Konjunkturanstiegen, wird letztlich der Konsum sowohl die Zuschüsse der öffentlichen Hand zur Sozialversicherung, als auch Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge für die Sozialversicherung aufbringen müssen. Insoweit der Versicherte Konsument ist, wird er also von den Lasten der Sozialversicherung betroffen sein, obwohl er sich bisher einer direkten Lastentragung zu entziehen wußte.

Eine Überwälzung der Sozialversicherungslasten auf den Konsum wird aber dann nicht in diesem Ausmaße möglich sein, wenn

Diese Untersuchungen ergaben, daß am Ertrage dieser Untersuchungen die Summe der Gehälter und der Arbeitslöhne sowie die Arbeitgeberanteile für Sozialversicherung mit etwa über 77 v. H., das Kapital mit rd. 13 v. H., die öffentliche Hand, d. h. Staats- und Gemeindeverwaltungen, mit fast 10 v. H. beteiligt sind. Der Anteil des Kapitals verteilt sich zu 3,53 v. H. auf die Verzinsung des fremden Kapitals und zu rd. 9 v. H. auf das Eigenkapital. Der Anteil des Eigenkapitals ist also geringer als die Abgaben an Steuern; er übersteigt den Arbeitgeberanteil an der Sozialversicherung nur um die Hälfte. Diese Arbeitgeberbeiträge betragen nämlich rd. 6 v. H. des Anteils des Eigenkapitals am Ertrage der Unternehmungen.

18. C. Mann, Volkswirtschaftliches zur Krankenversicherung. „Soziale Zukunft" Jahrg. 1930 Nr. 14 S. 105 ff.

der Konsum nicht mehr fähig oder willens ist, diese Lasten sich aufbürden zu lassen, d. h., wenn eine Einschränkung des Konsums stattfindet und die Produktion nicht elastisch genug ist, um sich dieser Veränderung des Konsums sofort anzupassen. So werden in Zeiten konjunkturellen Abstiegs und Tiefstandes die Arbeitgeberbeiträge von den Arbeitgebern selbst ohne Überwälzungsmöglichkeiten getragen werden müssen und geringere Rentabilität der Unternehmungen, also Minderung des Unternehmergewinns herbeiführen.[19] Verminderter Unternehmergewinn wiederum wird in einer unvollständigen Erneuerung der Produktionsanlagen und in einer Hinderung der Kapitalbildung seinen Ausdruck finden.

Normalerweise müßten in einem derartigen Zustand die Arbeitnehmer ihre Beiträge zur Sozialversicherung direkt zu tragen haben und eine Abwälzung der Beiträge auf die Arbeitgeber dementsprechend nicht möglich sein. Daß aber ein solcher, den wirtschaftlichen Gesetzen entsprechender Verlauf durch Eingriffe von außen gestört werden kann, zeigt das Bild der letzten Jahre, in denen trotz dauernden Konjunkturabstiegs die Arbeitnehmerschaft auch weiterhin ihre Versicherungsbeiträge auf die Arbeitgeber abzuwälzen vermochte. Erst eine wirtschaftliche Depression des gegenwärtigen Ausmaßes scheint die Kraft zu besitzen, allmählich den ökonomischen Lohngesetzen wieder Geltung zu verschaffen.

Die durch die Sozialversicherung hervorgerufenen Lohnerhöhungen und ihre bisherige Aufrechterhaltung rechtfertigen wohl die prinzipielle Frage, ob durch das Wirksamwerden irgendwelcher Mächte, sei es Staat oder Arbeiterkoalition, eine Lohnerhöhung ohne äquivalente Leistungserhöhung dauernden Erfolg haben kann.

In den folgenden Jahren der klassischen Nationalökonomie, der mittelalterlichen Kirchenväter und des Sozialismus treten folgende Gesichtspunkte als maßgebend für die materielle Lohnhöhe in Erscheinung: die Naturgesetze, die Gerechtigkeit, die Macht. Durch die Aufnahme der letzten Ansichten seitens der Führer der Allgemeinen Gewerkschaften, Karl Legien,[20] und Hermann Müller,[21] wurde die Politik vieler Berufsvereine maßgebend beeinflußt. Um so sicherer war man des Erfolges, als diese Ansicht auch einen wissenschaftlichen Vertreter in Brentano[22] fand, der die Lehre Herrmanns weiterbildete.[23]

19. Kartelle und Syndikatsbildungen können für ihre Produktionszweige eine solche Entwicklung bedeutend verzögern.
20. Vgl. Die deutsche Gewerkschaftsbewegung, Berlin 1911.
21. Karl Marx und die Gewerkschaften, Berlin 1911.
22. Vgl. Zeitschrift für das Ges. Staatswesen (1876) S. 477.
23. Vgl. E. Fettweis a. a. O. S. 30.

Nach Brentano ist allein schon die Machtäußerung einer bestimmten Berufsgruppe der Erhöhung des Durchschnittslohnes aller Arbeiter fähig, indem er die durch die Preiserhöhung der Waren notwendig gewordene Einkommenserhöhung nur auf die dem Existenzminimum unterworfenen Arbeiter ausgedehnt sieht. Die Ansicht Böhm-Bawerks,[24] der im gleichen Sinne wie A. Weber[25] sich gegen die Überschätzung der Macht bei Lohnfragen wandte und die Aufmerksamkeit wieder mehr auf die beiden älteren Theorien vom Existenzminimum und Lohnfonds lenkte, stellte sich gegen solche Machtlehre, wodurch letzterer der Einfluß des Standes des Arbeitsmarktes und die in weitem Maße von der zur Verfügung stehenden Kapitalmenge beeinflußte Produktionsergiebigkeit gegenübergestellt wurde.

Die die Machtlehre ablehnende Theorie wurde durch die Praxis bestätigt. Was der Arbeitnehmer durch die Gewerkschaften oder durch die von ihnen beeinflußte staatliche Lohnpolitik in den letzten Jahren des „Machtlohnes" an Vergünstigungen erhalten hatte, ist in Gefahr, überreichlich durch die in der gegenwärtigen Wirtschaftskrisis erfolgten Betriebsstillegungen- und Einschränkungen und Konkurse, die wiederum Arbeitslosigkeit und Arbeitskürzungen zur Folge haben, wettgemacht zu werden. Eine einer Arbeit von Göhring[26] entnommene Übersicht über die Bewegung der Tarifstundenlöhne, der Reichslebenshaltungsindexziffer, der Großhandelsindexziffern, der sozialen Ausgaben der Arbeitgeber und der Zahlen der Arbeitslosen in den Jahren 1925—1930 in Deutschland legt beredtes Zeugnis dafür ab, wie bei steigenden Löhnen und steigenden Ausgaben der Arbeitgeber für die Sozialversicherung, trotz vom Jahre 1928 sinkenden Indexziffern für die Reichslebenshaltung und den Großhandel, die Zahl der Arbeitslosen sich rapide vermehrt hat, sodaß heute das deutsche Volk und die deutsche Wirtschaft dem Abgrunde nahe steht, da der große arbeitslose Teil des Volkes miternährt werden muß.

Erst die lawinenartige Zunahme der Arbeitslosigkeit und der katastrophale, bestehende Wirtschaftszustand konnte bei den Führern der Arbeiterschaft und der staatlichen Lohnpolitik Anfänge des Fortschrittes vom primitiven zum komplexen Denken erreichen und die Wahrheit der schon immer und immer wieder von einsichtigen Wirtschaftlern gebrachten Thesen offenbaren, daß der Lohn anderen Gesetzen als denen der Macht unterliegt.

24. Macht oder ökonomisches Gesetz. Zeitschr. f. Volkswirtschaft, Sozialpolitik und Verwaltung, Bd. 23 S. 205 ff.
25. Der Kampf zwischen Kapital und Arbeit. 1. Aufl. Tübingen 1910.
26. H. Göhring, Lohnniveau und Arbeitslosigkeit. „Soziale Zukunft". Jahrg. 1931 Nr. 22, S. 173.

Zeit		Tarifstundenlöhne 1925–1930		Reichslebenshaltungsindexziffern	Großhandelsindexziffern					Soziale Ausgaben der Arbeitgeber		Verfügbare Arbeitsuchende
		Gelernte Arbeiter Pfg.	Ungelernte Arbeiter Pfg.		Gesamtindex	Rohstoffe u. Halbwaren	Fertigwaren	Agrarprodukte	Kolonialwaren	absolut in Millionen RM.	pro Kopf der erwerbstätig. Arbeiter abz. d. Arbeitslosen RM.	
Jahresdurchschnitt	1925	86,2	60,6	139,8	141,6	140,3	156,7	133,0	135,8	1219	65,40	—
„	1926	92,7	65,3	141,2	134,4	129,7	149,5	129,3	131,5	1601	92,65	—
„	1927	97,7	70,4	147,6	137,6	131,9	147,3	137,8	129,2	1876	102,40	1500594
„	1928	105,1	75,5	151,7	140,0	134,1	158,6	134,3	132,8	2230	120,35	1675000
„	1929	110,2	82,9	153,8	137,2	131,9	157,4	130,2	125,2	2421	126,10	2461500
„	1930	111,9	84,0	150,4	124,6	120,1	150,1	113,1	112,6	2370	135,14	3508500
Steigerung (+) und Senkung (—) von 1925 bis 1930 in v. H.		v. H. +29,8	v. H. +38,6	v. H. + 7,5	v. H. —13,6	v. H. —16,8	v. H. — 4,3	v. H. —17,6	v. H. —20,6	v. H. +94,4	v. H. + 106,6	v. H. + 54,0

Die in der Wirtschaft immer tätigen Überwälzungsvorgänge verbieten also eine Gleichsetzung der gesetzlichen Beitragsverteilung mit der tatsächlichen. Bis zur Gegenwart können der Konsument und der Steuerzahler als Träger der Lasten für die Sozialversicherung in Zeiten konjunkturellen Anstiegs angesehen werden, während in entgegengesetzten Konjunkturverhältnissen am Arbeitgeber die Hauptlast hängen blieb. Wie sich die Überwälzungsvorgänge in Zukunft gestalten werden, ist schwer vorauszusehen. Ob

angesichts einer industriellen Reservearmee von nie gesehener Größe zum ersten Male seit Bestehen der Sozialversicherung der Arbeitnehmer die Sozialversicherungsbeiträge mangels Überwälzungsmöglichkeit direkt, ohne den Umweg über den Konsum, zu tragen haben wird, ja darüber hinaus die Arbeitgeberbeiträge nun direkt auf die Versicherten abgewälzt werden, ist eine nicht von der Hand zu weisende Möglichkeit. Noch bieten die Vertreter der praktischen Machttheorie alle in ihrer Hand befindlichen Mittel auf, um eine solche Entwicklung nicht aufkommen zu lassen. Die ökonomischen Gesetze werden sich jedoch als stärker erweisen. Jedenfalls wird ein noch länger dauernder Tiefstand der Konjunktur der Weltwirtschaft und der deutschen Wirtschaft im besonderen von grundrührenden Folgen sowohl für den Nominal- als auch Reallohn des deutschen Arbeiters und damit für die Zukunft der Sozialversicherung sein.

Die bestehende wirkliche Beitragsverteilung enthält keine Anpassung an die Ziele, die ursprünglich bei der Schaffung der Sozialversicherung wirksam waren. Nach Potthoff[27] sollten die Kosten des unproduktiven Alters nicht mehr erst beim unmittelbaren Bedarf aufgebracht, sondern schon rechtzeitig während der Zeit der Produktivität jedes Einzelnen angesammelt werden. Sie sollten nicht mehr von den Angehörigen des zu Versorgenden oder von der Gesamtheit getragen werden, sondern von den am Arbeitsverhältnis Beteiligten. Aus dem Ertrage der Arbeit, in der Leben und Arbeitskraft sich verbrauchen, sollte ein Teil der Lebenskosten (Fürsorge für Kranke, Invalide, Alte, Erziehungskosten der folgenden Generation) vergütet werden. Man wird aber heute von nur wenig Versicherten erwarten können, daß die ihnen gewährten Versicherungsleistungen auf ihrer eigenen Produktivität beruhen, wo Millionen von Arbeitslosen doch wiederum von der Gesamtheit des Volkes unterhalten werden müssen, da deren Höchstunterstützungsdauer bei weitem überschritten ist und sie der Krisenfürsorge und den Wohlfahrtseinrichtungen, die mit Mitteln der Gesamtheit der Steuerzahler arbeiten, anheimfallen. Dort beruhen die Versicherungsleistungen nicht mehr auf der Produktivität nur der am Arbeitsverhältnis Beteiligten, wo die geringstmöglichen Beiträge für Kranken-, Invaliden- und Angestelltenversicherung aus Mitteln der Arbeitslosenversicherung geleistet werden, welch letzterer Versicherungszweig wiederum wie fast alle übrigen Sozialversicherungsträger immer wieder an das Reich mit Millionenforderungen herantreten, also die Leistungsfähigkeit der Gesamtheit der Steuerzahler in Anspruch nehmen müssen. Der noch arbeitende

27. Kernfragen soz. Vers. a. a. O. S. 82/83.

und entlohnte Angehörige des zu Versorgenden muß doch mit seinen eigenen Mitteln eintreten, bloß auf dem Umweg über die Sozialversicherung anstatt durch direkte Leistungen an seinen unterstützungsbedürftigen Angehörigen. Die am Arbeitsverhältnis allein Beteiligten sind schon längst nicht mehr die nach Potthoff idealen Träger der Kosten. Der Arbeitnehmer hat seine und seines Arbeitgebers Leistungen an die Sozialversicherung meist wieder verzehrt und mit der Ausstellung seines Arbeitnehmers ist der Arbeitgeber gleichfalls von der Beitragsleistung frei geworden. Und die Zahl derjenigen Arbeitgeber ist groß, die den ihnen von der Sozialversicherung zugedachten Leistungspflichten nicht mehr nachkommen können, weil sie gar keine oder nur noch eine verminderte Zahl von Arbeitnehmern beschäftigen können.

Man wende nicht ein, daß anormale Wirtschaftsverhältnisse vorliegen. Ein solches gigantisches Werk wie die Sozialversicherung mit den tief an die Wurzeln des Staates greifenden Zielen des sozialen Ausgleichs muß in jeder Lage des Volkes und der Wirtschaft ihre Aufgaben erfüllen können, andernfalls es als nicht gelungen angesehen werden kann.

Dem Arbeitgeber sollte aber verwehrt werden, in falscher Gewinnsucht den Arbeitnehmer auszunützen, um den Invaliden und Abgearbeiteten durch Kündigung der Volksgesamtheit zur Versorgung zu übergeben (Potthoff, Kernfragen a. a. O. S. 83). Ist denn nicht gerade der Arbeitgeber gezwungen, in Zeiten des Konjunkturabstiegs, wenn ihn die ganze Wucht der Sozialversicherungslasten trifft, nicht nur die Abgearbeiteten und Invaliden, sondern auch junge und tatenfrohe Unverbrauchte durch Betriebsstillegung der Gesamtheit zur Versorgung zu übergeben? Diese Erscheinungen waren nicht das Ziel der Sozialversicherung, die den sozialen Ausgleich durch Hilfe für die Ärmsten und Förderung des sozialen Friedens durch Existenzsicherung bestimmter Gesellschaftsrguppen zu erreichen suchte. Sie hat aber nicht verhindern können, daß Millionen Versicherter gerade dieser umhegten Gesellschaftsgruppen die Existenzmöglichkeit geraubt worden ist und daß über weitere Millionen von Arbeitnehmern das Damoklesschwert des gleichen Schicksals schwebt, eine furchtbare Lähmung der Schaffensfreudigkeit unseres Volkes verursachend. Es liegt eine große Tragik für die Sozialversicherung darin, daß sie keines ihrer wirklichen Ziele zu erreichen wußte. Der soziale Ausgleich und die soziale Befriedigung blieben fern, sonst wäre der politische Umsturz von 1918 nicht eingetreten. Eine Sicherung der bedürftigen Arbeitnehmermassen wurde auch nicht erzielt. Wohl werden die Millionen Arbeitslosen durch die Arbeitslosenversicherung wirtschaftlich über Wasser gehalten, aber die Zuwendungen liegen doch unter

einem Minimum auch nur bedürftigster Existenz, die wohl für Perioden kurzer Arbeitslosigkeit allenfalls noch zu ertragen ist, nicht aber für jahrelanger Dauer. Psychische und soziale Schäden werden unausbleiblich sein. Den Pessimismus eines ehernen Lohngesetzes zu überwinden hat sich aber auch die Sozialversicherung als nicht im Stande erwiesen.

Kann nicht auch eine Lähmung bei gewissen Versichertenkreisen eintreten, die mit den hohen Beiträgen der Zwangsversicherung belastet sind ohne Aussicht, eine dafür äquivalente Gegenleistung jemals zu erhalten? Die höheren Löhne und Gehälter sehen sich doch zu besonders hohen Einkommensabzügen gezwungen, sie sind die direkt besonders Belasteten zugunsten der Sozialversicherung. Diese Kreise werden nicht einsehen wollen, daß gerade nur durch ihr Mitwirken die Sozialversicherung ihrer heutigen Struktur nach bestehen kann und daß die Leistungen an die niedrigen Lohn- und Gehaltsklassen in dem bestehenden Umfange nur auf Grund der Beiträge der höheren Einkommensklassen gewährt werden können. Außerhalb der Zwangsversicherung aber lockt die Möglichkeit, bei der Privatversicherung den gleichen Versicherungsschutz nehmen zu können, jedoch bei gerechtem Verhältnis von Leistung und Gegenleistung durch volle Wahrung der in der Privatversicherungswirtschaft üblichen Äquivalenz. So wirkt die Sozialversicherung für verantwortungsbewußte, zur Vorsorge für ihre Zukunft durchaus bereite Menschen als bitterer Zwang. So vorteilhaft der Zwang für die niedrigen Lohnklassen auch ist, so nachteilig ist er für die höheren Einkommensklassen. Um des sozialen Ausgleiches willen wird Unausgeglichenheit gefördert; um der erstrebten Zufriedenheit quantitativ überlegener Versicherungsmassen muß die Sozialversicherung Unzufriedenheit von qualitativ überlegenen Versicherungskreisen hervorrufen. Aus diesem Dualismus wird ein sozialer Friede nie erwachsen. Das ist auch kein versicherungswirtschaftlicher Risikoausgleich mehr, sondern ist überspitzte Gruppensolidarität. Es erhoben sich immer wieder warnende Stimmen, die die Möglichkeit der Sozialversicherung und ihres Zwanges auf Grund derartig großer Unverhältnismäßigkeiten von Leistung und Gegenleistung verneinten. So führt Leo aus, daß jede obligatorische Lösung mit besonderen Schwierigkeiten zu kämpfen habe, die mit dieser Form der Versicherung wohl untrennbar verknüpft sind. „Obligatorische Arbeitslosenversicherung, die nicht lediglich auf einen Berufszweig erstreckt wird, sondern, um einen Ausgleich des Risikos zu schaffen, auf viele, belegt Berufskreise mit Lasten, für welche die Gefahr der Arbeitslosigkeit überhaupt nicht besteht oder sehr gering ist. Eine Abstufung der Beiträge, die der Verschiedenheit des Risikos entspräche, ist technisch vielleicht mög-

lich, aber richtig durchgeführt, würde sie zumeist zu dem Ergebnis führen, daß die Beiträge der Berufe mit niedrigem Risiko nicht hoch genug sind, um das Defizit der Beiträge der Berufe mit hoher Arbeitslosigkeit zu decken, falls diese letzteren nicht unerschwinglich hoch werden sollen. Das Obligatorium drängt darum dahin, die Gelder für die Berufe mit hoher Arbeitslosigkeit durch die Berufe mit geringer Arbeitslosigkeit aufbringen zu lassen, und das wird zum Teil als eine Ungerechtigkeit und eine Überspannung der Solidarität empfunden."[28]

Eine ganze Reihe dem Zweck und Ziel der sozialen Versicherung abträglicher Mißstände müssen als Folgeerscheinungen der Unproportionalität von Leistung und Gegenleistung angesprochen werden. So ist eine Tendenz zu steter Erhöhung der Versicherungsleistungen ausgelöst worden, die aus den egoistischen Bestrebungen der Versicherten heraus vielleicht noch verständlich sein mag, die aber von den verantwortlichen Stellen der Sozialversicherung nicht noch unterstützt werden sollte. Gewiß blieben Beitragserhöhungen als Folge der Leistungserhöhungen nicht aus, doch bedeuten hohe Versicherungsleistungen für den einzelnen Versicherten auch eine hohe Wirtschaftlichkeit der Sozialversicherung. Die ganze Zeit der Nachkriegsjahre bedeutet eine fortwährende Steigerung der Versicherungsleistungen. Erst angesichts der jetzt allerorts eintretenden wirtschaftlichen Schwierigkeiten wird diese Periode der Leistungserhöhungen als vorläufig abgeschlossen zu gelten haben.

Der Ausgleich aber für die erhöhten Versicherungsleistungen wurde, abgesehen von den Beitragserhöhungen, durch Angliederung ertragsreicher Schichten höherer Einkommenskreise an die Sozialversicherung erstrebt. So wurde die Versicherungspflichtgrenze in der Krankenversicherung von einem regelmäßigen Jahresarbeitsverdienst von 2000.— RM auf 3600.— RM heraufgesetzt, und der Hauptverband Deutscher Krankenkassen e. V. macht sogar die Erhöhung der Krankenversicherungsgrenze auf 6000.— RM zu seiner offiziellen Forderung. Die Angestelltenversicherung, ursprünglich auf die Gehälter bis zu 5000.— RM beschränkt, erstreckt sich nunmehr auf Gehälter bis 8400.— RM. Die Pflichtgrenze für die Arbeitslosenversicherung wurde auf ein jährliches Einkommen von 6000.— RM festgesetzt. Invaliden- und Unfallversicherung sind an keine Einkommensgrenzen gebunden. In der Nachkriegsgesetzgebung wurde meist dem Reichsarbeitsminister die Ermächtigung zur Erweiterung der Versicherungsgrenzen bezw. Angliederung neuer

28. Viktor Leo, Die Grundprobleme der Arbeitslosenversicherung. Zeitschr. f. d. ges. Vers. Wissenschaft Bd. VI (Berlin 1906) S. 693.

Lohnklassen erteilt. So geht seit Jahren der Kampf um die Erhöhung der versicherungspflichtigen Einkommensgrenzen.

Wenn auch die verschiedenartige Bewertung der sozialen Notwendigkeit bei den einzelnen Gesetzen auffallen kann, daß nämlich bei einem Arbeiter oder Angestellten mit 310.— RM Monatseinkommen der soziale Schutz bei Krankheiten nicht mehr für notwendig gehalten, während diese Notwendigkeit bei 10.— RM weniger Einkommen noch als vorliegend angenommen wird, daß man ferner einem Arbeitnehmer finanziell und moralisch für fähig hält, für sich und seine Familie selber zu sorgen, wenn er mehr als 300.— RM verdient, während diese Fähigkeit, die doch nicht allein vom Einkommen abhängig ist, einem Menschen mit weniger als 300.— RM Monatseinkommen abgesprochen wird, so müssen wohl derartige Erscheinungen in Kauf genommen werden, da formelle Grenzen nicht zu vermeiden sind, die durch Mark und Pfennig bestimmt sind. Die soziale Ungerechtigkeit zu hoher Grenzen der Versicherungspflicht besteht jedoch darin, daß die Versichertenkreise nicht zu ihrem eigenen Schutze in die Versicherung einbezogen werden, sondern nur durch ihre Beiträge die finanzielle Beihilfe zur Aufrechterhaltung des jetzigen Standards der Sozialversicherung bezw. zu seiner weiteren Erhöhung leisten sollen. Gerade die Betrachtung von Leistung und Gegenleistung zwischen den einzelnen Versichertenkreisen zeigen, daß die höheren Einkommen das Vielfache an Beiträgen von dem leisten müssen, was sie jemals an Leistungen von der Versicherung zurückerhalten können und daß ihre Beitragsleistungen an die niedrigen Einkommensklassen in Gestalt von Versicherungsleistungen zurückfließen. Und gerade die Kreise mit höheren Einkommen werden aus den Versicherungseinrichtungen nicht so übermäßig viel an Leistungen herausziehen, wie es bei gewissen Versichertenkreisen der Brauch geworden ist. Die Versicherten der oberen Einkommensklassen sind von der Gesetzgebung dazu auserkoren worden, zusätzlich zu ihrem Anteil an der allgemeinen Fürsorge in Gestalt ihrer gewöhnlichen Steuerleistungen noch besondere Mittel für die Sozialversicherung bereitzustellen. Ihre Arbeitskollegen mit niedrigerem Einkommen erhalten relativ bedeutend höhere Versicherungsleistungen zurück als die höheren Einkommen, deren gesetzliche Ansprüche an die Versicherung nicht in entsprechendem Maße mit der Beitragshöhe wachsen.

Von der Grenze der Versicherungsfreiheit ab hört aber diese zusätzliche Belastung der höheren Einkommen durch die Sozialversicherung auf. Dort könnte gefragt werden, warum derjenige, der 10.— RM über die Versicherungspflichtgrenze hinaus verdient und alle sich daran anschließenden Einkommen nicht mehr zur Lastentragung herangezogen sein soll für Aufgaben, die im Grunde der

Gesamtheit des Volkes obliegen. Was soll die Versicherungspflichtigen zu einer gesonderten Lastentragung verpflichten und was berechtigt die Versicherungsfreien, von solcher Belastung nicht mehr erfaßt zu werden?

Die Unverhältnismäßigkeit von Leistung und Gegenleistung schließt die ungeheuer große Gefahr in sich ein, daß der Wille und die Fähigkeit zur Selbsthilfe in dem Individuum erstickt werden und daß es zu einer hemmungslosen Ausbeutung der Einrichtungen der Sozialversicherung durch einzelne Versicherte bezw. ganzer Kreise von ihnen kommt. Daß die Sozialversicherung eine Gefährdung der Arbeits- und Volksmoral in ihrem Gefolge haben kann, ist eine bedauerlicher Weise zur Tatsache gewordene Befürchtung. Eine Unzahl charakteristischer Beispiele sind mit der Zeit bekannt geworden, die Auskunft über diese bedenklichen Erscheinungen geben können. Am sinnfälligsten gibt sich dieser verderbliche Einfluß bei der Krankenversicherung zu erkennen. Besonders aus Ärztekreisen[29] wurde auf die unberechtigte Ausnutzung der Versicherungsleistungen durch die Versicherten hingewiesen. Hohe Beiträge, hohe Krankengeldleistungen und hohe Krankenziffern stehen in unmittelbarer Wechselwirkung zu einander.[30] Bis zu einem gewissen Grade wird es in der Natur jeder Versicherung liegen, daß ein Teil der Versicherten das Bestreben hat, in möglichst großem Umfange die Leistungen der Versicherung in Anspruch zu nehmen, um für ihre Beiträge zur Versicherung einen Ausgleich zu erhalten, ohne daß ein objektiv nachweisbares Bedürfnis nach Versicherungsleistungen vorliegt.[31]

So äußerte sich Pryll[32] hierzu wörtlich: „Der Einfluß der Begehrlichen auf die Inanspruchnahme der Kassenmittel und damit ihr Anteil an der Verteuerung muß als so bedeutend angesehen werden, daß die Abwehr der Überteuerung in erster Linie in Maß-

29. E. Liek, Der Arzt und seine Sendung. München 1928.
Stappert, Das Weihnachtsfieber, eine neue Krankheit. Münchener Medizin. Wochenschrift 1927, Nr. 15.
Ähnliche Gedanken bringt ferner:
E. Horneffer, Frevel am Volk. Gedanken zur deutschen Sozialpolitik. Leipzig 1930.

30. Denkschrift des Reichsarbeitsministeriums. Deutsche Sozialpolitik 1918—1928.

31. Vgl. Die Reform der Sozialversicherung, eine Schicksalsfrage des Deutschen Volkes. Vorschläge der Vereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände. Berlin 1930. Diese Denkschrift enthält eine ganze Reihe von Beispielen für die durch die Sozialversicherung hervorgerufenen moralischen Schäden.

32. Als sachverständiger mediz. Berater des Hauptverbandes Deutscher Krankenkassen in einen Vortrag auf der Tagung dieses Verbandes in Breslau 1928.

nahmen gegen die Begehrlichkeit bestehen muß: Dem Bedürftigen alles, dem nur Begehrlichen nichts."[33]

In den sozialen Rentenversicherungen sind Rentenjagd und Simulation keine neuen Probleme. Es ist bekannt, daß Verletzungen, von Unfällen herrührend, die nicht unter die Versicherung fallen, schneller heilen, als Verletzungen bei versicherten Unfällen. Der Typus des von der Rentenpsychose erfaßten Mannes, der erbittert und mit allen Mitteln um die Erlangung einer Rente kämpft und darüber den Rest von Lebensfrische verliert, ist keine zu seltene Erscheinung geworden.

So heißt es bei v. Zwiedineck-Südenhorst: „Es ist ja gewiß eine sehr bedauerliche, aber eine durch wirtschaftlich soziale Verhältnisse leider ausreichend erklärbare Tatsache, daß die soziale Versicherung in allen Zweigen unter einem irregulären Kostenelement zu leiden hat und daß sie mit diesem weit mehr zu rechnen hat, als dies von Anfang an vorausgesehen und bedacht wurde, nämlich mit der Simulation von Zuständen, auf welche das Gesetz einen vermögenswerten Anspruch begründet."[34] Und an anderer Stelle äußert dieser vorzügliche Kenner der Sozialversicherung: „Die Rentenhysterie ist eine der bedenklichsten Begleiterscheinungen des sozialen Prinzipes: „Alle für einen", das in der sozialen Versicherung am allerschärfsten realisiert erscheint. Da gilt es denn, das Prinzip zu schützen vor seinen eigenen extremen Konsequenzen. Die soziale Zwangsversicherung schränkt die ökonomische Selbstverantwortung des Individuums für seine Zukunft ein, und mit gutem Grunde, weil die Gesellschaft sich immer mehr bewußt wird, daß sie selbst und gewisse Kreise, die ihr angehören, ganz besonders mitverantwortlich zu machen sind für das Schicksal der besitzlosen Arbeiter. Aber die Einschränkung der Selbstverantwortung darf nicht dahin führen, daß das Gefühl für die Selbstverantwortung in den Kreisen der Arbeiter verkümmert. Wenn durch die Sozialversicherung der Anreiz geschaffen wird, sich ein arbeitsloses Einkommen zu gewinnen, dann wird das Selbstverantwortungsgefühl unfehlbar in seinem Wirkungskreis verkürzt. Und da braucht die erhoffte Rente gar nicht so hoch zu sein, daß das Renteneinkommen als solches dazu verlocken könnte. Vielmehr genügt es, daß der

33. Nicht nur die Versicherten unterliegen der Versuchung eines Kassenmißbrauches, sondern auch die Kassenärzte, indem sie in solchen Fällen Krankenscheine ausstellen, wo kein Grund dazu vorliegt, nur um die Frequenz der eigenen Kassenpraxis zu erhöhen. Von dem deutschen Kassenarzt und seiner Berufsethik hängt jedenfalls ein wesentlicher Teil der Entwicklung der deutschen Krankenversicherung ab.

34. Simulation und Rentenhysterie bei der Reform der sozialen Versicherung. Zeitschr. f. d. ges. Vers. Wissenschaft, Bd. VI (Berlin 1906) S. 20.

Arbeiter mit wachsendem Vertrauen zur sozialen Versorgung das Vertrauen zur Existenzsicherung aus eigener Kraft und damit immer mehr die ökonomische Energie, die er so notwendig hat, einbüßt."[35]

Hellpach[36] stellt neben die religiöse Hysterie des Mittelalters und die erotische des weiblichen Geschlechts eine moderne spezifisch proletarische Hysterie.

Gleiche arbeitsmoralische Schäden machen sich in der Arbeitslosenversicherung breit. Dort sitzt vielleicht die tiefste Wurzel des Übels. Wir stoßen heute allerorts auf eine Auffassung, möglichst 26 Wochen im Jahr zu arbeiten, womit man alsdann das Recht erworben zu haben glaubt, 26 Wochen zu feiern. Die Gewerkschaften sind, als sie früher von sich aus die Arbeitslosenunterstützung eingeführt hatten, nicht so weitherzig gewesen, wie sie es später vom Staate verlangten. Damals vertraten sie den ganz gesunden Grundsatz, daß je länger die Mitgliedschaft, desto länger und höher die Unterstützung sei. Den Leuten aber, die einmal der Gewerkschaft beitraten und dann, nachdem sie eine Weile gearbeitet und einige Pfennige bezahlt hatten, monatelang Unterstützung verlangten, haben die Gewerkschaften sehr kühl und ruhig die Schulter gezeigt und gesagt: „Verdiene dir erst deine Unterstützung und zeige erst, daß du ein ständiger Arbeiter bist und nicht zu den Unständigen gehörst, die heute hier und morgen dort arbeiten und unaufhörlich die Arbeit wieder hinwerfen."

Moldenhauer gebrauchte folgendes Beispiel: „Wenn schon die Putzfrau in einem Arbeitsamt zu dessen Vorsitzenden kommt und sagt: „Herr Präsident, jetzt habe ich 26 Wochen geklebt, nun kann ich aber doch wohl feiern", so kennzeichnet dieser einfache Vorgang durchaus die in weiten Kreisen herrschende Stimmung, als ob es bei uns möglich wäre, heute nur noch 6 Monate im Jahre zu arbeiten und die anderen 6 Monate auf Kosten der Gesamtheit zu feiern. Und ist das sozial, daß die arme Textilarbeiterin mit ihrem niedrigen Lohn heute die Beiträge aufbringt, um es dem Bauarbeiter, der sich doch sonst im Winter in der Forstwirtschaft und anderswo nach Arbeit umsah, zu ermöglichen, den ganzen Winter hindurch in seinem Dorfe untätig zuhause zu sitzen und eine Rente zu beziehen, die über den Arbeitsverdienst der anderen im Dorfe liegt, die sich dann natürlich fragen, warum ausgerechnet sie die Dummen

35. a. a. O. S. 31.
36. Vgl. F. Hellpach, Grundlinien einer Psychologie der Hysterie. Leipzig 1904, insbes. das Schlußkapitel: „Das sozialpathologische Hysterieproblem". Derselbe, Aufsatzserie: „Rentenhysterie und Sozialgesetzgebung" in der Schlesischen Zeitung, Januar 1905.

sein sollen, die arbeiten, während der andere feiert und dabei noch mehr einnimmt als sie."[37]

Alle diese der Sozialversicherung anhaftenden Erscheinungen der Art der Aufbringung der Mittel und der dadurch hervorgerufenen zu hohen Belastung der Gesamtwirtschaft und der unverhältnismäßigen Belastung einzelner Wirtschaftskreise, der unverhältnismäßigen Leistungsgewährung sowie der arbeits- und volksmoralischen Schädigungen haben von jeher zur Kritik an der Sozialversicherung geführt. Die Nachkriegsjahre, die unter der Parole: „nun erst recht Sozialpolitik", obwohl durch den Umsturz von 1918 das Ziel aller sozialen Bestrebungen erreicht sein sollte, den so überaus weitgehenden Ausbau der sozialen Versicherungseinrichtungen brachten, verdichteten die Kritik zu dem Ruf nach Umgestaltung der Sozialversicherung.

Bei jeder Reform des Ausmaßes, wie sie die Sozialversicherung erheischt, ist die Frage zu erwägen, ob an dem Bestehenden Änderungen vorgenommen werden sollten oder ob das Bestehende durch Neues ersetzt werden soll.

Einer der weitgehendsten Vorschläge letzterer Art waren wohl die Ausführungen von Gustav Hartz,[38] die Sozialversicherung durch sogen. Sozialsparkassen zu ersetzen. Hartz geht davon aus, daß die Beiträge des Versicherten zu einem enteigneten Einkommen werden, das im Laufe der Jahre zuzüglich der Zinsen zu einem ansehnlichen Kapital anwächst, das aber dem Versicherten verloren geht, da er als Gegenleistung wohl Krankengeld und Bezahlung der Arztrechnung, im Falle der Invalidität und des Alters auch eine Rente erhält, nicht aber in den unabhängigen Genuß des ganzen Kapitals gelangt, wenn Gelegenheit zu produktiveren Anlagen als zu Krankengeld und Rente sich bietet. So wird der Angehörige der Sozialversicherung trotz seines Sparens in der Form der Beitragszahlung doch zu den Besitzlosen auch weiterhin zählen. Hartz fragt daher, ob die Gewißheit, im Falle der Krankheit keine Arzt- und Apothekerrechnung bezahlen zu brauchen oder im Falle der Invalidität oder des Alters eine in den meisten Fällen nicht ausreichende Rente zu erhalten, überhaupt den sittlichen, moralischen und wirtschaftlichen Wert eines Eigenbesitzes — etwa in der Höhe des durch lebenslängliche Beitragszahlung an die Sozial-

37. Aus einem Vortrag, gehalten auf der Jahrestagung des Hansa-Bundes für Gewerbe, Handel und Industrie. 1929 (Sonderdruck S. 11.)

38. Irrwege der deutschen Sozialpolitik und der Weg zur sozialen Freiheit. Berlin 1928.
Derselbe, Eigentum oder Rente? Berlin 1929. Eine Auseinandersetzung mit seinen Kritikern. Auch E. Horneffer, Frevel am Volk, a. a. O., enthält einen leidenschaftlichen Kampf gegen die Sozialversicherung.

versicherung angesammelten Kapitals — ersetzen könne. Wo die Möglichkeit zum Erwerb von Eigenbesitz für den weitaus überwiegenden Teil eines Volkes unterbunden oder bis zur Unmöglichkeit erschwert würde, werde niemals soziale Befriedigung eintreten, werden noch so gutgemeinte Gesetze keine Lösung der sozialen Fragen bringen. Nur die allergrößte Verwirklichung des Gedankens des Eigenbesitzes berge die Entspannung der sozialen Gegensätze in sich.

Das Kollektivsystem der Sozialversicherung unter Ausschaltung der Unfallversicherung soll nach Hartz durch ein Zwangsindividualsparsystem ersetzt werden. Die bisherigen Beiträge für Sozialversicherung einschließlich derjenigen der Arbeitgeber sind bei einer Zwangssparkasse (Sozialsparkasse) auf ein persönliches Konto des Einzelnen einzuzahlen, über das nur ihm das allerdings in seinem Interesse gesetzlich geregelte Verfügungsrecht ausschließlich für eigene Zwecke zusteht. Den Kreis dieser Zwangssparer will Hartz auf alle Staatsbürger ausdehnenn. Den Vorteil dieses Systems sieht er darin, daß so den Zwangssparern aus ihren Einlagen zuzüglich der Zinsen im Laufe der Jahre ein beträchtliches Vermögen zuwächst, vermöge dessen sie eine Sicherung für den Fall der Invalidität und des Alters aus eigener Kraft gewinnen und zwar eine wesentlich größere Sicherung, als sie aus der kostspieligen Sozialversicherung hervorgeht, da die Spareinrichtung durch produktive und spekulative Anlage der aufgelaufenen Summen die Verwaltungskosten in vollem Umfange herauswirtschaftet. Für den Fall von Krankheiten, bei Geburten, bei Arbeitslosigkeit und sonstigen Wechselfällen des Lebens kann das an und für sich gesetzlich gesperrte Sparkonto gegen Nachweis des entstandenen Bedarfs in für alle Fälle normierter Höhe in Anspruch genommen werden. In größeren Zeitabständen (von 5—10 Jahren) kann der Sparer über die Hälfte des in dieser Zeit eingezahlten Kapitals frei verfügen.

Für Sparer, die häufig und für längere Zeit erkranken, sodaß für sie das Zwangssparen nicht oder nur in geringem Umfange zur Vermögensbildung führen kann, sieht Hartz einmal eine Ausgleichsmöglichkeit innerhalb der Familie gegeben. Außerdem schlägt er hier eine Hilfe durch die Gründung sozialer Gemeinschaften vor. Als solche betrachtet er einmal die Gewerkschaften, denen dadurch ganz neue, dem Klassenkampfgedanken entrückte Aufgaben erwachsen, ferner andere, religiöse, charitative, berufliche Gemeinschaften und die dezentralisierten Sozialsparkassen selbst.

Diese Gedankengänge, mit denen Hartz eine radikale Abkehr von der heutigen Form der Sozialversicherung und des Versicherungsgedankens erreichen will, haben selbstverständlich in der gegen-

wärtig sozialpolitisch so sehr bewegten Zeit eine große Beachtung gefunden, die sich in einer Fülle von Kritiken ausdrückte. Es sollen nur zwei Kritiken erwähnt sein, die von G. Albrecht[39] und dem Deutschnationalen Handlungsgehilfenverband gegeben worden sind.[40]

Die Kritik setzt in der Hauptsache in der Tatsache ein, daß das Zwangssparsystem eine Aufrechterhaltung der unerträglichen Zwangsbelastung der Wirtschaft vorsieht. Ferner habe das von Hartz gewollte System zumindest eine gleichgroße, wenn nicht noch stärkere Gefährdung des Selbstverantwortungsbewußtseins des Individuums zur Folge. Bei dem Sparsystem werde auch das Ungewisse, das in der Zukunft eines jeden darin liegt, daß er nicht weiß, ob er überhaupt arbeits- und damit sparfähig bleibt, garnicht berücksichtigt. Gerade das Versicherungsprinzip sei ganz auf den Faktor des Ungewissen und des Zufälligen eingestellt. Ferner habe die Sozialversicherung einen hohen ethischen Wert durch das in ihr wirkende Solidaritätsgefühl, das jeden Versicherten zwinge, für den Mitmenschen mitzusorgen. Das Sparsystem schalte dieses Solidaritätsgefühl jedoch gänzlich aus und führe zur egoistischen Zielsetzung der Eigenkapitalbildung. Albrecht wendet sich gegen die Ausdehnung des Zwanges auf die Volksgesamtheit, wo doch der Zwang sogar mehr Einschränkung erfordere.

Diesen Einwendungen genannter Kritiken kann nur teilweise gefolgt werden. Besonders die Hervorhebung des Solidaritätsgefühls dürfte nach den mit der Sozialversicherung gesammelten Erfahrungen als nicht stichhaltig anzuerkennen sein. Es hat sich doch gezeigt, daß dieses Solidaritätsgefühl nicht einmal vor der unsolidarischsten Ausnutzung der Versicherungseinrichtungen schützte, und daß eine willkürliche, durch versicherungswirtschaftliche Notwendigkeiten diktierte Ausdehnung das Versicherungsgefühl auf die höheren Einkommen bei diesen angesichts der Unproportionalität von Leistung und Gegenleistung nie ein Solidaritätsgefühl erzeugen kann.

Den Hartz'schen Ausführungen liegen sehr beachtenswerte Anschauungen über die Gefahren einer Gesellschafts- und Wirtschaftsverfassung zugrunde, in der der organisierte Klassenkampf einen kaum mehr zu überbietenden Grad von Heftigkeit angenommen hat. Die Gedanken von Hartz begehen aber den „Fehler", daß sie mit dem bestehenden Sozialversicherungssystem gänzlich brechen wollen. Aus diesem Grunde wird Hartz teils nicht verstanden werden, teils aber auch überhaupt nicht auf den Willen zum Verständnis treffen. Die Trägheit der Masse, die Trägheit der Organisation und der

39. Grundfragen der Sozialversicherung. Berlin 1929.
40. Befremdlich ist nur die herabsetzende Kritik in Bausch und Bogen von W. Weddigen, a. a. O., S. 27, Anm. 2.

Gedanken stellt sich schützend vor die Sozialversicherung. Es hat auch seine großen Gefahren, ein 50 Jahre hindurch zu einem gigantischen Bau gewachsenes Werk durch ein anderes ersetzen zu wollen, dessen Erfolg gleichfalls ungewiß ist. Die überwiegende Mehrzahl überzeugter Kritiker der Sozialversicherung hält demgemäß auch an der grundsätzlichen Beibehaltung des Systems der Sozialversicherung fest. Hartz ist einer der ganz wenigen, die den Mut zu ganz neuen Wegen fanden. Bei der Größe der Probleme aber, und wo es um die sozialen Grundfragen eines Volkes geht, sind positive Kritiken, die zu jeder Konsequenz bereit sind, nur zu begrüßen.

Betrachtet man das Sparsystem aber nicht nur von der sozialpolitischen Seite, sondern auch unter konjunkturpolitischen Gesichtspunkten, so muß ihm wohl gegenüber der Sozialversicherung der Vorzug gegeben werden. Gerade bei der gegenwärtigen Wirtschaftstockung kann an den Wirkungen, die die Sozialversicherung auf die Kapitalbildung der breiten Masse im negativen Sinne ausübt, nicht vorbeigegangen werden. Es darf kein Mittel unversucht bleiben, durch eigene Kapitalbildung Deutschlands Wirtschaft aus dem Tiefstand wieder herauszuführen. Der Konjunkturverlauf hat sich bisher immer in der Weise vollzogen, daß eine Hochkonjunktur bei überspannten Preisen und überspannter Produktion und ein Überangebot an Waren und Dienstleistungen entstand. Der Preisdruck führte regelmäßig zu einem Nachlassen der Kauflust und brachte den Stein zum Rollen. Die Preise sinken, die Konsumenten schränken die Bedarfsdeckung in der Hoffnung auf weiteres Sinken der Preise immer mehr ein, die Produzenten und der Handel sitzen auf ihren Lägern und müssen immer weitere Preiskonzessionen machen und zum Teil geraten sie in Schwierigkeiten, da sie ihre Verpflichtungen nicht mehr erfüllen können. Der Händler kauft nicht mehr vom Produzenten und dieser kann keine Rohstoffe mehr kaufen. Die Arbeitslosigkeit nimmt damit zu und der Konsum der nunmehr arbeitslos Gewordenen schrumpft aufs äußerste zusammen. Zu dem allgemeinen Käuferstreik tritt damit der Zwang zur Konsumeinschränkung bei diesem Teil der Bevölkerung. Diese Entwicklung geht bis zu einem Tiefpunkt. Ist die Abwärtsbewegung der Preise zum Stillstand gekommen und kann der Konsument keine Hoffnung mehr auf weiteres Sinken der Preise haben, so fängt er wieder an zu kaufen. Dann muß der Händler sich wieder eindecken, der Produzent seine Produktion erhöhen und die gegenseitige Beeinflussung wiederholt sich, nur in umgekehrter Richtung. Es erhebt sich nun die Frage, wovon die Erreichung des tiefsten Punktes abhängt. Warum setzt sich der Abschwung in der Wirtschaft nicht bis zu ihrer völligen Erstarrung fort, sondern hält sich nach Erreichung eines jeweiligen Tiefstpunktes eine zeitlang auf einem ziemlich

gleichmäßigen niedrigen Niveau? Die Ursache hierfür ist die Tatsache, daß in der Wirtschaft immer noch ein bestimmter Rest von Kapital einer mehr oder mindergroßen Schicht von Menschen verbleibt, das erhält einen Rest von Kaufkraft in der Wirtschaft, der sie vor der völligen Erstarrung bewahrt. Je größer also die Schicht kapitalbesitzender Menschen ist, desto früher muß der Abschwung der Wirtschaft zum Stillstand kommen. Eine jede gesetzliche Maßnahme aber, die das Kapitaleigentum der breiten Masse behindert oder schmälert, muß krisenverstärkend wirken. Die Sozialversicherung hindert aber infolge ihrer starken Belastung der breiten Massen deren Kapitalbildung außerordentlich. Will man sich das Sparen breiter Massen graphisch vorstellen, so käme man zu dem Sandhaufen Paretros. In der Abszisse denke man sich alle Menschen in der Wirtschaft in einer Reihe aufgestellt; in der Ordinate kann man dann die Größe des Kapitaleigentums des einzelnen auftragen. Ordnet man dann die Menschen nach der Größe ihres Kapitals in Art der Gauß'schen oder Quetelet'schen Verteilungskurve, so erhält man die Form eines Sandhaufens. In der Mitte befindet sich dann das größte Kapital mit seinem Eigentümer, dem sich zu beiden Seiten in abfallender Kurve die nächstgrößten Kapitaleigentümer anschließen, sodaß auf diese Weise die Form eines Sandhaufens entstehen muß. Der natürliche Böschungswinkel eines solchen Sandhaufens wird durch die Wirkung der Sozialversicherung verändert, d. h. steiler gemacht, da die breite Masse zu keiner Kapitalbildung gelangen kann und der Unterschied zwischen der mehr oder weniger großen Schicht der Kapitaleigentümer und der kapitalarmen breiten Masse zu groß ist. Die Sozialversicherung stellt mithin Pflöcke und Verdämmungen dar, die den steilen Böschungswinkel, der durch Kollektiveingriffe wie Krieg, Tributzahlungen, hervorgerufen wurde, versteifen und künstlich erhalten. Es läßt sich nun einmal nicht leugnen, daß jede Kollektiveinrichtung in der Wirtschaft, die mit einer Kapitalentziehung bei den breiten Massen verbunden ist, der Masse auch die Verfügungsmöglichkeit über dieses Kapital entzieht. Seesemann[41] kommt deswegen zu dem Schluß, daß alle Kollektiveinrichtungen als im Grunde unsozial angesprochen werden müssen, mag ihr Name noch so sozial klingen. Wirklich sozial könne nur ein privates, auf den einzelnen Menschen abgestelltes Sparsystem sein.

In der von Albrecht bemängelten Ausdehnung des Zwanges beim Hartz'schen Sparsystem kann eine gleichfalls begrüßenswerte, be-

41. K. Seesemann, Die Einwirkungen der Sozialversicherung auf den Konjunkturverlauf. „Neue Wirtschaft", Halbmonatschrift der Gesellschaft für Deutsche Wirtschafts- und Sozialpolitik. Jahrg. 5 (1931) Nr. 10, S. 3.

wußte oder unbewußte Folgerichtigkeit erblickt werden. Es ist wohl ein großer Nachteil der Sozialversicherung in ihrem gegenwärtigen Zustand, daß sie immer auf der Hälfte des Weges stehen bleibt, ohne ihn zu beenden. So befindet sich die Sozialversicherung auf dem Wege zum die Volksgesamtheit umfassenden Zwange. Die Ausdehnung der Versicherungspflicht auf immer höhere Einkommen zeigt ja deutlich die Tendenz der Nachkriegszeit, ja, der Kampf ging schon teilweise um die gänzliche Beseitigung jeder Versicherungspflichtgrenze. Ferner ist das Versicherungsprinzip in den Hintergrund getreten zugunsten des Versorgungsprinzips. Die so starke Inanspruchnahme der öffentlichen Hand sowie das gewagte Unternehmen der Arbeitslosenversicherung sind Meilensteine auf dem Wege, der weit von dem Prinzip der Verhältnismäßigkeit von Prämie und Versicherungsleistungen fortführt. Am Ende dieses Weges steht die Staatsbürgerversorgung. „Bedenkliche Einbrüche in das bisherige System im Sinne einer Staatsbürgerversorgung brachte erst die Nachkriegszeit".[42] Aus Mitteln, die die Gesamtheit aufbringt, wird in der Staatsbürgerversorgung jeder Bedürftige versorgt. Warum verfolgt die Sozialversicherung diesen begonnenen Weg nicht bis zu seinem Ende, fürchtet sie um ihren eigenen Bestand? Das wäre eine charaktervolle Folgerichtigkeit: „Und auch die Staatsbürgerrente aus Steuermitteln wird segensreich wirken. Denn die Tatsache, daß jeder mit seiner Steuerleistung seine und der Seinigen Zukunft sichert, läßt sich genau so gut ins Volksbewußtsein bringen, wie die noch nicht gewürdigte Tatsache, daß mit den Versicherungsbeiträgen der einzelne sich für die Zeit der Leistungsunfähigkeit ein Recht auf Leben sichert", sagt Potthoff.[43]

Nun sind aber die Staaten, die sich die Einrichtung der Staatsbürgerversorgung zugelegt hatten, nach ihren Erfahrungen mit dieser doch wieder von ihr abgekommen. So hat Rußland Umkehr gehalten und selbst das klassische Land der Staatsbürgerversorgung, Australien, sieht jetzt in der Sozialversicherung das Bessere.[44] Deutschland will seine Sozialversicherung reformieren. Bleibt aber Versorgung der Bedürftigen aus Mitteln der Allgemeinheit das Ziel, ohne die Form der Staatsbürgerversorgung annehmen zu wollen, so kommt wieder die öffentliche Armenfürsorge zu ihrem Recht. Sie stellt eine Überwindung des Teilzwanges dar. Es fällt dann dem Staat wieder eine seiner alten Aufgaben zu, die er ohne Umwege erfüllen

42. Vgl. P. Kaufmann, Sozialversicherung oder Staatsbürgerversorgung? Zeitschr. f. d. Ges. Vers.-Wissenschaft, Bd. 24 (Berlin 1924) S. 1 ff.
43. Kernfragen, a. a. O. S. 80.
44. Vgl. A. Manes, Sieg der Sozialversicherung über die Staatsbürgerversorgung in Australien. Zeitschr. f. d. ges. Vers. Wissenschaft Bd. 26 (Berlin 1926) S. 221 ff. P. Kaufmann a. a. O.

kann, nämlich „seine Kinder nicht verhungern zu lassen". Die Mittel für die Armenfürsorge werden aber von der Allgemeinheit im Wege von direkten und indirekten Steuern aufgebracht, der Umweg über Sozialversicherung und staatliche Lohnpolitik, der soviel kostbare soziale Kräfte verzehrt, würde erspart werden. Die unverhältnismäßige Belastung einzelner Einkommensklassen würde vermieden werden und es würde aufhören, daß die Kreise mit Einkommen bis zur Versicherungsgrenze mit sozialen Sondersteuern belegt werden, die Kreise mit wenigen Mark höheren Einkommen aber von dieser Sonderbelastung frei sind. Es gehört nur Mut dazu, den einfachen Weg zu gehen und nach außen hin zu bekennen, was Tatsache ist, daß doch die Allgemeinheit die Kosten für die kranken, schwachen, arbeitslosen und alten Mitmenschen trägt.

Die Armenfürsorge mit ihrer Bedürftigkeitsprüfung wird eine Ausbeutung der Mittel der Allgemeinheit einschränken. Daß der Unterstützungsbedürftige das beklemmende Gefühl hat, Almosen gewährt zu erhalten, ist nicht das schlimmste der Übel. Die Sozialversicherung konnte ihm dieses Gefühl auch nicht nehmen. Dem Begehrlichen wird es aber gleichgültig sein, wessen Mittel er ausnützt.

Der Fleißige und Gesunde wird sich vor der Inanspruchnahme der Armenfürsorge durch Sparen zu schützen wissen. Der Familiensinn wird wieder gestärkt werden. Derjenige aber, der nicht die sittliche Kraft besitzt, für sich zu sorgen, wird von keiner Sozialversicherung und von keiner Sozialsparkasse geändert werden können. Er erhalte besser die Armenunterstützung, als daß er eine Sozialversicherung auf Kosten anderer unverhältnismäßig hoch ausnutzen kann. Für wirkliche Kranke und Unterstützungsbedürftige kann der Staat verschiedene Grade der Fürsorge einrichten nach dem Muster der gehobenen Fürsorge für durch die Inflation Verarmte und der Organisation für die Kriegsrenten.

Hebung der Arbeits- und Volksmoral, freies und kapitalbildendes Sparen mit seinen volkswirtschaftlichen und sozialen Werten werden die Früchte des freien Spiels der Kräfte sein.

Die Armenfürsorge wird nur das Ziel der Hilfe verfolgen und nicht noch die Bedeutung einer Korrektur des Lohnsystems der freien Vereinbarung besitzen. Sie wird nicht, von höchsten Regierungsstellen politisch mißbraucht, Mittel zur Entziehung der Lohnbildung wirtschaftlicher Gesetzmäßigkeit sein (wie der Fall gelegentlich des großen Arbeitskampfes Ende 1928 in der Eisenindustrie Nordwestdeutschlands lehrt).

Religiöse, charitative und berufliche Gemeinschaften können unvermeidbare Härten mildern und als Ergänzung zur Staatshilfe wirken.

Man nahm der Sozialversicherung immer mehr den Versicherungsgrundsatz und wurde somit immer stärker vom Gemeinsinn der Versicherten abhängig. Die Überschätzung der moralischen Kultur und der Gemeinschaftsethik der Bevölkerung führte zu schweren moralischen, sozialen und wirtschaftlichen Einbußen. Das schaffte soziale Unzufriedenheit in allen Kreisen und nicht zuletzt in denjenigen, denen die Sozialversicherung hauptsächlich gewidmet war, wie es aus den Worten von Erkelenz hervorgeht, die er in der Zeitschrift des Gewerkvereins Deutscher Metallarbeiter äußerte: „Das Deutsche Volk, das die Sozialpolitik erfunden und am weitesten entwickelt hat, ist sozialpolitisch müde geworden. In der Arbeitnehmerschaft entsteht mehr und mehr Zweifel darüber, ob man sich mit der staatlichen Sozialpolitik auf dem richtigen Wege befindet und in dem übrigen Bevölkerungsteil ist eine wachsende Gegnerschaft gegen die Sozialpolitik nicht zu übersehen".

„Was mit staatlichen Gesetzen und mit staatlichen Mitteln in der Beseitigung von Not und Elend zu erreichen ist, darin sind wir heute skeptischer als es die Generation vor uns gewesen ist. Wir wissen aus Erfahrung, daß alle diese staatlichen Zwangsmaßnahmen nicht nur etwas Kaltes und Gefühlloses haben, sondern auch, daß ihre Wirkung sehr beschränkt ist, daß die Einrichtungen dem Mißbrauch ausgesetzt sind und daß keine staatlichen Einrichtungen sich an die vielseitigen Formen des wirklichen Lebens genügend anpassen können. Insofern ist also der heutige sozialpolitische Skeptizismus vollauf berechtigt . . .".

Literatur-Verzeichnis.

G. Albrecht, Grundfragen der Sozialversicherung. Berlin 1929.

E. Blaschke, Denkschrift zur Lösung des Problems der Versicherung minderwertiger Leben. Wien 1895.

B. Blau, Die juristischen Probleme der Sachlebensversicherung. Zeitschr. f. d. ges. Vers. Wissenschaft, Bd. 23 (Berlin 1923), S. 54 ff.

E. v. Böhm-Bawerk, Macht oder ökonomisches Gesetz? Zeitschrift f. Volkswirtschaft, Sozialpolitik und Verwaltung. Bd. 23 (1914) S. 205 ff.

H. Braun, Die Abhängigkeit einiger bei der Pensionsversicherung vorkommender Wahrscheinlichkeitswerte von der Versicherungsdauer. Assekuranz-Jahrbuch (Wien 1912) Jahrg. 33 S. 3 ff.

ders., Geschichte der Lebensversicherung und Lebensversicherungstechnik. Nürnberg 1928.

C. Burran, Beiträge zur Theorie und Praxis der Versicherung, außer der Lebensversicherung. Zeitschr. f. d. ges. Versicherungswissenschaft. Bd. 22 (Berlin 1922) S. 97 ff.

Fr. Christians, Leistung und Gegenleistung in der Arbeitslosenversicherung. „Soziale Zukunft", Jahrg. 1931, Heft 1, S. 1.

Deutscher Verein f. Versicherungswissenschaft, Die Gewinnbeteiligung der Versicherten bei den im Deutschen Reich arbeitenden Lebensversicherungsgesellschaften. Veröffentlichungen Heft X. Berlin 1906.

ders., Die gebräuchlichsten Sterblichkeitstafeln der im Deutschen Reich arbeitenden Lebensversicherungsunternehmungen. Veröffentlichungen Heft XI, Berlin 1906.

K. Domizlaff, Die Gewinnbeteiligung der Mitglieder größerer deutscher Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit. Zeitschr. f. d. ges. Versicherungswissenschaft Bd. 7 (Berlin 1907) S. 30 ff.

C. Engelbrecht, Der Einfluß der Versicherungsdauer auf die Sterblichkeit in der Lebensversicherung. Zeitschr. f. d. ges. Vers.-Wissenschaft Bd. 6 (Berlin 1906) S. 108 ff.

E. Fettweis, Der Versicherungsgedanke in der Sozialversicherung. Eine ideengeschichtliche Untersuchung mit besonderer Berücksichtigung der Frage: Wer trägt letzten Endes die Lasten dieser staatlichen Institution? Dissertation Köln 1925.

Fremd, Armenpflege und Arbeiterversicherung. Leipzig 1895.

H. Göring, Lohnniveau und Arbeitslosigkeit. „Soziale Zukunft" Jahrg. 1931, Nr. 22, S. 173 ff.

F. Hartz, Irrwege der deutschen Sozialpolitik und der Weg zur sozialen Freiheit.

ders., Eigentum oder Rente. Berlin 1929.

K. Hartmann, Das Gefahrtarifwesen und die Beitragsberechnung der Unfallversicherung des Deutschen Reichs. Berlin 1913.

F. Hellpach, Grundlinien einer Psychologie der Hysterie. Leipzig 1901.

ders., Rentenhysterie und Sozialgesetzgebung. Aufsatzserie in der Schles. Zeitung. Januar 1905.

H. Herkner, Die Arbeiterfrage. Berlin 1905.

ders., Die öffentlichen Lasten der deutschen Industrie. Preuß. Jahrbücher (Berlin 1910) Bd. 142.

F. Herrmannsdorfer, Versicherungswesen. Berlin 1928.

H. Himmelheber, Grenzen der Möglichkeit einer exakten Prämienversicherung in der Immobiliar-Feuerversicherung. Zeitschr. f. d. ges. Vers. Wissenschaft Bd. VIII (Berlin 1908) S. 419 ff.

G. Höckner, Bedeutung des Deckungskapitals im Lebensversich. Betrieb. Zeitschr. f. d. ges. Vers. Wissenschaft Bd. 5 (Berlin 1905) S. 511 ff.

Hoffmann, Die Kriegswochenhilfe. Zeitschr. f. d. ges. Vers. Wissenschaft Bd. 16 (Berlin 1916) S. 463 ff.

E. Horneffer, Frevel am Volk. Gedanken zur Deutschen Sozialpolitik. Leipzig 1930.

Internationales Arbeitsamt, Grundprobleme der Sozialversicherung. Studien und Berichte, Reihe M Nr. 1. Genf 1925.

dasselbe, Die obligatorische Krankenversicherung. Reihe M Nr. 6 Genf 1927.

J. Kaan, Methoden der Bemessung der Prämien und Prämienreserven in der öffentlichen (sozialen) Versicherung. Gutachten, Denkschriften und Verhandlungen des 6. Internationalen Kongresses für Vers. Wissenschaft. Herausgegeben von der Mathematisch-Statistischen Vereinigung des Österreichisch-Ungarischen Verbandes der Privatversicherungsanstalten. III. Verhandlungen. Wien 1909, S. 132 ff.

ders., Die versicherungstechnischen Grundlagen der Invalidenversicherung in dem von der Regierung veröffentlichten Programm. Versicherungswissenschaftliche Mitteilungen. Sonderabdruck aus den „Mitteilungen des Österreichisch-Ungarischen Verbandes der Privatversicherungsanstalten. Neue Folge. 1. Band (Wien 1905) S. 113 ff.

P. Kaufmann, Sozialversicherung oder Staatsbürgerversorgung? Zeitschr. f. d. ges. Vers. Wissenschaft. Bd. 24 (Berlin 1924) S. 1 ff.

Klang, Die wirtschaftlichen Beziehungen zwischen der öffentlichen und privaten Versicherung. Gutachten, Verhandlungen und Denkschriften des 6. Internationalen Kongresses für Vers. Wissenschaft. Sonderabdruck aus den „Mitteilungen des Österreichisch-Ungarischen Verbandes der Privatversicherungsanstalten". Neue Folge 6. Band, 2. Heft (Wien 1911) S. 61 ff.

ders., Leistung und Gegenleistung in der Krankenversicherung. „Soziale Zukunft", Jahrg. 1930. Heft 2, S. 9 ff.

K. Legien, Die deutsche Gewerkschaftsbewegung. Berlin 1911.

Leipziger Lebens-Versicherung, Denkschrift zur Jahrhundertfeier. Leipzig 1930.

dieselbe, Überschußbildung und Überschußverteilung in der Lebensversicherung. Die verschiedenen Dividendensysteme und ihre Kritik. Leipzig 1926.

v. Leo, Grundprobleme der Arbeitslosenversicherung. Zeitschrift f. d. ges. Vers.-Wissenschaft (Berlin 1906) Bd. 6 S. 683 ff.

W. Lexis, Die Volksversicherung. Berichte, Denkschriften und Verhandlungen des 5. Internationalen Kongresses für Vers. Wissenschaft. A. Manes. 1. Band, Berichte, Berlin 1906.

E. Liek, Der Arzt und seine Sendung. München 1928.

A. Loewy, Versicherungsmathematik, Berlin 1924.

A. Manes, Versicherungswesen 1. Band. Leipzig, Berlin 1926.

ders., Versicherungslexikon. Berlin 1930.

ders., Der Sieg der Sozialversicherung über die Staatsbürgerversorgung in Australien. Zeitschr. f. d. ges. Vers.-Wissenschaft. Bd. 26 (Berlin 1926) S. 221 ff.

C. Mann, Volkswirtschaftliches zur Krankenversicherung. „Soziale Zukunft", Jahrg. 1930, Heft 14, S. 105 ff., Heft 15, S. 115 ff.

G. v. Mayr, Statistik und Gesellschaftslehre. 1. Bd. 2. Aufl. Tübingen 1914.

Menes, Reichsinvalidenversicherung. Schriften des Vereins für Sozialpolitik. Bd. 137, Teil IV (München, Leipzig 1913) S. 281 ff.

P. Moldenhauer, Das Versicherungswesen. I. Allgemeine Versicherungslehre. Sammlung Göschen. Leipzig, Berlin 1917.

ders., Neue Aufgaben der Sozialpolitik. Aus dem Bericht über die Jahrestagung des Hansabundes für Gewerbe, Handel und Industrie. Berlin 1929, Sonderdruck.

ders., Versicherungs- oder Versorgungsprinzip. Zeitschr. f. d. ges. Vers.-Wissenschaft. Bd. 22 (Berlin 1922) S. 177 ff.

ders., Die Stellung des Arbeitgebers in der deutschen Sozialversicherung. Festgabe für A. Manes. Berlin 1927.

H. Müller, Karl Marx und die Gewerkschaften. Berlin 1911.

H. Potthoff, Kernfragen sozialer Versicherung. Assekuranz-Jahrbuch (Wien 1914) 35. Jahrg. S. 98 ff.
ders., Wer trägt die Kosten sozialer Versicherung? Schriften des Vereins für Sozialpolitik (München, Leipzig 1913) Bd. 137, Teil IV, S. 281 ff.
E. Rawicz, Das Risiko der weiblichen Versicherten in der Arbeitslosenversicherung. Reichsarbeitsblatt Nr. 21, Jahrg. 1929, Teil II, S. 295 ff.
Reichsarbeitsministerium, Deutsche Sozialpolitik 1918—1928.
W. Rohrbeck, Die geschichtliche Entwicklung der Prämienbestimmung und Entschädigungsberechnung in der deutschen Hagelversicherung. Zeitschr. f. d. ges. Vers.-Wissenschaft (Berlin 1907), Bd. 7, S. 657 ff.
ders., Die Organisation der Hagelversicherung. Berlin 1909.
K. Seesemann, Die Einwirkung der Sozialversicherung auf den Konjunkturverlauf. „Neue Wirtschaft". Halbmonatsschrift der Gesellschaft für deutsche Wirtschafts- und Sozialpolitik. Jahrg. 5 (1931), Nr. 10, S. 3 ff.
A. C. F. Schäffle, Deutsche Kern- und Zeitfragen. Berlin 1894/95.
Schmittmann, Sozialversicherung. Art. im Handwörterbuch der Staatswissenschaften. IV. Aufl. VII. Bd. (Jena 1926), S. 622 ff.
B. Skroelzki, K. E. Moeßner, Besteuerung, Ertrag und Arbeitslohn industrieller Unternehmungen im Jahre 1927. Im Auftrage des Reichsverbandes der Deutschen Industrie. Berlin 1927.
Stappert, Das Weihnachtsfieber, eine neue Krankheit. Münchener Medizin. Wochenschrift 1927, Nr. 15.
Teleky, Die Krankheitsstatistik der rheinischen Krankenkassen. Beilage zum Reichsarbeitsblatt 1929, Nr. 3 Teil IV.
H. Unger, Die Statistik der Arbeitslosigkeitsversicherung. Zeitschr. f. d. ges. Vers.-Wissenschaft (Berlin 1903), Bd. 3, S. 33 ff.
Vereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände, Die Reform der Sozialversicherung, eine Schicksalsfrage des deutschen Volkes. Vorschläge. Berlin 1930.
A. Wagner, Der Staat und das Versicherungswesen, eine sozialökonomische und sozialrechtliche Studie. Tübinger Zeitschrift f. d. ges. Staatswissenschaft Bd. 37 (Tübingen 1881).
M. Wagner, Die deutsche Arbeiterversicherung. Ihre Entstehung und Weiterentwicklung. Berlin 1906.
A. Weber, Der Kampf zwischen Kapital und Arbeit. 1. Aufl. Tübingen 1910.
W. Weddigen, Grundfragen der Sozialversicherungsreform. Jena 1930.
G. Wörner, Grundriß der Versicherungslehre. I. Buch. Allge-

meine Versicherungslehre. Leipzig 1908.
Zahl, Die Verteilung der Beitragslasten in der Invalidenversicherung. „Soziale Zukunft", Jahrg. 1929, Nr. 2, S. 11 ff.
ders., Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte über Leistung und Gegenleistung in der Angestelltenversicherung. „Soziale Zukunft", Jahrg. 1929, Nr. 5, S. 36 ff.
v. Zwidineck-Südenhorst, Simulation und Rentenhysterie bei der Reform der sozialen Versicherung. Zeitschr. f. d. ges. Vers.-Wissenschaft Bd. 6 (Berlin 1906) S. 20 ff.
Reichsstatistik der Krankenversicherung. Statistik des Deutschen Reichs, Band 389 (Berlin 1931).
Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse in der Ortskrankenkasse für Leipzig und Umgebung. Berlin 1910.
Ergebnisse der Erhebung in der Arbeitslosenversicherung und in der Sonderfürsorge bei berufsüblicher Arbeitslosigkeit vom 15. März 1929. (Beilagen zum Reichsarbeitsblatt und Reichsarbeitsmarktanzeiger, Jahrgang 1929 und 1930).
Statistik der Sozialversicherung 1929 mit einem Blick auf das Jahr 1930. (Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung, Jahrg. 1930, Teil VI, S. 513 ff.).
Versicherungstechnische Bilanz der Invalidenversicherung. (Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung, Jahrg. 1927, S. 280 ff. Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung 1930, Heft 3).
Geschäftsberichte des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, 1929 und 1930.
Ausbau der Angestelltenversicherung. Bln.-Wilmersdorf, Januar 1929.
Denkschrift über die Vermögenslage der Reichsversicherungssanstalt für Angestellte nebst versicherungstechnischer Bilanz für den 1. Januar 1928.
Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte auf der Gesolei, Düsseldorf 1926, Prospekt.
Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte auf der Internationalen Hygiene-Ausstellung, Dresden 1930. Prospekt.
Verwaltungsbericht 1930 der Landesversicherungsanstalt Mittelfranken.
Die Krankenversicherung im Jahre 1930. Geschäfts- und Kassenbericht des Gesamtverbandes der Krankenkassen Deutschlands E. V. Berlin 1931.
Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich. Berlin 1931.
Gesetzestexte und Kommentare über die Reichsversicherungsordnung, Angestelltenversicherungsgesetz, Reichsknappschaftsgesetz, Arbeitsvermittlungs- und Arbeitslosenversicherungsgesetz.
Reichsgesetzblatt Teil I und II.

Anhang.

Fehlbetrag oder Überschuß bezüglich der nichtgrundlohnabhängigen Versich

1. Jahresgrundlohn	Orts-Krankenkassen					Land-Krankenkassen					Betriebs-Krank		
	RM					RM							RM
	600	900	1800	3600	6000	600	900	1800	3600	6000	600	900	1800
2. Jahresbeitrag	39,00	58,50	117,00	234,00	390,00	38,64	57,96	115,92	231,84	386,40	38,34	57,51	115,0
3. Grundlohnabh. Leistungen	14,76	22,14	44,28	88,56	147,60	8,88	13,32	26,64	53,28	88,80	17,40	26,10	52,2
4. Beitrag der Mitglieder zu den nichtgrundlohnabhängigen Leistungen	24,24	36,36	72,72	145,44	242,40	29,76	44,64	29,28	178,56	297,60	20,94	31,41	62,8
5. Nichtgrundlohnabhängige	56,41	56,40	56,40	56,40	56,40	39,09	39,09	39,09	39,09	39,09	67,26	67,26	67,2
6. Fehlbetrag oder Überschuß	— 32,17	— 20,05	+ 16,31	+ 89,03	+185,99	— 9,33	+ 5,55	+ 50,19	+139,47	+258,51	— 46,32	— 35,85	— 4,4

1. Jahresgrundlohn	See-Krankenkasse					Reichsknappschaftliche Arbeiter-Krankenkasse					Reichsknappschaftliche Anges		
	RM					RM							RM
	600	900	1800	3600	6000	600	900	1800	3600	6000	600	900	1800
2. Jahresbeitrag	35,88	53,82	107,64	215,28	358,80	45,84	68,76	137,52	275,04	458,40	32,00	58,50	117,0
3. Grundlohnabh. Leistungen	17,82	26,73	53,46	106,92	178,20	20,10	30,15	60,30	120,60	201,00	4,74	7,11	14,2
4. Beitrag der Mitglieder zu den nichtgrundlohnabhg. Leistungen	18,06	27,09	54,18	108,36	180,60	25,74	38,61	77,22	154,44	257,40	34,26	51,39	102,7
5. Nichtgrundlohnabhg. Leistungen	80,66	80,66	80,66	80,66	80,66	78,52	78,52	78,52	78,52	78,52	170,85	170,85	170,8
6. Fehlbetrag oder Überschuß	— 70,60	— 53,57	— 26,48	+ 27,70	+ 99,94	— 52,78	— 39,91	— 1.30	+ 75,92	+178,88	— 136,59	— 68,07	— 68,0

istungen.

		Innungs-Krankenkassen				
		RM				
	6000	600	900	1800	3600	6000
4	383,40	35,76	53,64	107,28	214,56	357,60
0	174,00	14,04	21,06	42,12	84,24	140,40
4	209,40	21,72	32,58	65,16	130,32	217,20
6	67,26	57,91	57,91	57,91	57,91	57,91
8	+ 142,14	— 36,19	— 25,33	+ 7,25	+ 72,41	+ 159,29

ankenkassen		Reichsknappschaftliche Krankenkasse				
		RM				
	6000	600	900	1800	3600	6000
0	390,00	45,48	68,22	136,44	272,88	454,80
4	47,40	19,20	28,80	57,60	115,20	192,00
6	342,60	26,28	59,42	78,84	157,68	262,80
5	170,85	79,12	79,12	79,12	79,12	79,12
1	+ 171,75	— 52,84	— 39,70	— 0,28	+ 78,56	+ 183,68

	Reichsgesetzliche Krankenkassen einschl. Seekrankenkasse und Reichsknappschaftskasse				
1. Jahresgrundlohn	RM				
	600	900	1800	3600	6000
2. Jahresbeitrag	39,12	58,68	117,36	234,72	391,20
3. Grundlohnabhängige Leistungen	15,36	23,04	46,08	92,16	153,60
4. Beitrag der Mitglieder zu den nichtgrundlohnabhängigen Leistungen	23,76	35,64	71,28	142,56	237,60
5. Nichtgrundlohnabhäng. Leistungen	79,12	79,12	79,12	79,12	79,12
6. Fehlbetrag oder Überschuß	— 33,51	— 21,64	+ 14,01	+ 85,29	+ 158,48

Lebenslauf.

Ich, Eugen Sterner, evangelischer Konfession, bin am 17. April 1904 als Sohn des Kaufmanns Eugen Sterner zu Berlin-Friedenau geboren.

Nach Besuch der Vorschule am Friedrich Wilhelm Gymnasium in Friedenau kam ich nach Übersiedlung meiner Eltern nach Königsberg Pr. auf das Friedrichs-Kollegium dort und sodann auf das Löbenichtsche Realgymnasium, wo ich im Frühjahr 1925 das Abiturienten-Examen bestand.

Der Schulzeit schloß sich eine kaufmännische Lehre bei einer Ex- und Importfirma in Hamburg an. Hiernach bezog ich die Universitäten Berlin und Erlangen als Studierender der Rechtswissenschaften und der Volkswirtschaft. Nach Ablegung der Prüfungen als Diplom-Volkswirt, Diplom-Versicherungsverständiger und Referendar promovierte ich in der Zeit des juristischen Vorbereitungsdienstes am 13. 2. 1932 zum Dr. rer. pol.

Lebenslauf.

Ich, Eugen Sterner, evangelischer Konfession, bin am 17. April 1904 als Sohn des Kaufmanns Eugen Sterner zu Berlin-Friedenau geboren.

Nach Besuch der Vorschule am Friedrich Wilhelm Gymnasium in Friedenau kam ich nach Übersiedlung meiner Eltern nach Königsberg Pr. auf das Friedrichs-Kollegium dort und sodann auf das Löbenichtsche Realgymnasium, wo ich im Frühjahr 1925 das Abiturienten-Examen bestand.

Der Schulzeit schloß sich eine kaufmännische Lehre bei einer Ex- und Importfirma in Hamburg an. Hiernach bezog ich die Universitäten Berlin und Erlangen als Studierender der Rechtswissenschaften und der Volkswirtschaft. Nach Ablegung der Prüfungen als Diplom-Volkswirt, Diplom-Versicherungsverständiger und Referendar promovierte ich in der Zeit des juristischen Vorbereitungsdienstes am 13. 2. 1932 zum Dr. rer. pol.